N°6 JUIN 2009

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS

SOP

Le journal de la

LA FORMATION CONTINUE DE L'OMNIPRATICIEN

Bienvenue dans la nouvelle ère de l'occlusion

RENDEZ-VOUS LE 15 OCTOBRE 2009

Formation SOP
18 juin 2009
L'omnipraticien, maître d'œuvre du traitement implantaire

Formation SOP
1er octobre 2009
Passez de la théorie aux travaux pratiques !

Prot'Lab

Votre Partenaire Confiance

La Qualité Plébiscitée !

149€ CCM transvissée sur implant

(toutes marques d'implants)

Elément intermédiaire de bridge **64€**

CCM scellée sur implant **85€**
(toutes marques d'implants)

à partir de **109€**

Le must de l'Esthétique !

Empress II *Ivoclar* (Alumine) :
couronnes, inlays, facettes

Couronne Cercon *Dentsply* (Zirconium)

Couronne *Captek* (alliage Platine-Or)

Stellite **119€**

Réalisation en Laboratoire certifié ISO 9001:2000

Tous matériaux marqués CE

- Une qualité supérieure à tarifs ultra-compétitifs
- Un prothésiste-conseil dédié pour chaque praticien
- Tout travail livré avec une fiche de traçabilité et la déclaration de conformité

N°Azur 0 810 81 81 19
PRIX APPEL LOCAL

Réglements acceptés par cartes bancaires VISA MasterCard AMERICAN EXPRESS

www.protilab.com

PROTILAB - 4 rue Jacques Cartier 75018 PARIS

01 53 25 03 80

SOMMAIRE

FORMATIONS SOP 2009

L'omnipraticien, maître d'œuvre du traitement implantaire

jeudi 18 juin
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

Travaux pratiques

jeudi 1er octobre
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 23

Prothèse et occlusion

jeudi 15 octobre
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 11

Voyage-congrès Antilles

du 26 octobre
au 3 novembre

Bulletin d'inscription : p. 12

ACTUALITÉS p. 6 à 19

- Un guide complet de prise de décision en implantologie
- Une nouvelle ère pour l'occlusion
- LA HAS publie un référentiel des bonnes pratiques en endodontie
- Assistante dentaire et pratique de l'implantologie : mode d'emploi

PRATIQUE p. 20 à 23

- Réussir le blanchiment et optimiser la pose de digue
- S'initier à la prothèse sur implants en toute simplicité

DOSSIER p. 24 à 34

MIDWINTER 2009, L'ART DENTAIRE EN DIRECT DES USA

- Midwinter 2009 : la crise, mais quelle crise ?
- Une matrice *ad hoc* pour une restauration directe en composite efficace
- Défense et illustration du Resilon®
- Quel résultat esthétique pour quelle technique ?
- Les nouvelles céramiques passées au crible de Markus Blatz
- Intégrer les céramiques dans une pratique de l'esthétique
- Une approche pluridisciplinaire et brillante de l'édentation partielle
- La séance de l'Académie de dentisterie restauratrice
- À défaut d'innovations, quelques curiosités intéressantes

Les rendez-vous de la formation continue odontologique

Temporiser, le chemin direct vers le succès p. 37

- Décider du moment favorable pour atteindre l'objectif clinique
- Les temporaires : esquisse du traitement et socle de la réussite
- Mise en charge différée : mode d'emploi
- Un traitement à part entière en prothèse amovible

BILLET D'HUMEUR p. 50

- La crise... de nerfs

LISTE DES ANNONCEURS

Annuaire Dentaire	p. 46
Bisico France	p. 18
Chaumont Voyages	p. 20
Dentsply France	p. 04
Entretiens de Garancière	pp. 16-17
FKG Dentaire	p. 22
GC France	p. 08
Kreussler Pharma	p. 08
MACSF	encart - p. 52
Made in Labs	p. 14
Protilab	p. 02
SD2	p. 18
SOP	p. 51

LE CLUB DES PARTENAIRES p. 47

Acteon group – AIREL – AMPLI – Belmont – BISICO France – CdP Editions : Wolters Kluwer – CODIMED – COLTENE WHALEDENT – DEGRE K – DHT - Dental Hi Tec – DENTSPLY France – DISCUS DENTAL France – ELSODENT – E-MOTION – EMS FRANCE – EUROTEC DENTAL - ADEC – FABHER – FC Medical Device – FKG Dentaire – GACD – GC France – GENERIQUE INTERNATIONAL – HENRY SCHEIN FRANCE – ITENA Clinical – IVOCLAR VIVADENT France – KAVO DENTAL France – KERR France – KOMET FRANCE – KREUSSLER Pharma – LABOCAST – LABORATOIRE CRINEX – LABORATOIRES EXPANSCIENCE – Laboratoires GABA – MACSF – Made in Labs – McNeil SGP – MEGA DENTAL – NICHROMINOX – NOBEL BIOCARE FRANCE – NSK France – PIERRE FABRE ORAL CARE – PRED – PROMODENTAIRE – PROTILAB – QUICK DENTAL - S.L.B.D. – SIRONA DENTAL SYSTEMS – SUNSTAR MEDICADENT PHARMADENT – VET Microscopie Dentaire – ZIMMER DENTAL

ANESTHESIE - EMPREINTES - RESTAURATION - BLANCHIMENT - CIMENTS - ENDODONTIE - PROPHYLAXIE - DESINFECTION ET HYGIENE - INSTRUMENTATION - CHIRURGIE

DENTSPLY

PRÉSENTE

Solution Complète 33

NOUVEAU
tenons pré-conditionnés
DT Light SL

Sûre et Complète.

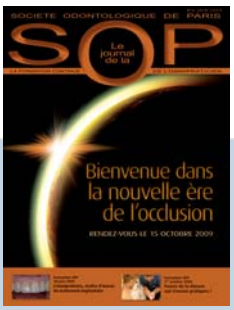
Travaillez en confiance.

Des solutions complètes, une haute efficacité clinique,
des procédures simplifiées, Dentsply répond à tous vos besoins.
La Solution Complète 33, c'est Tout pour la Reconstitution Corono-radiculaire avec tenon fibré.
Ses avantages ? Complète, fiable, ergonomique.
Vous travaillez en confiance. Tout simplement.

Consultez notre e-dossier sur ***www.dentsply.fr***

DENTSPLY
Créateurs de solutions

www.dentsply.fr - DENTSPLY France SAS - 4 rue Michaël Faraday - 78180 Montigny le Bretonneux - Tél : 01 30 14 77 77 - Fax : 01 30 14 77 00


SOCIÉTÉ ODONTOLOGIQUE DE PARIS
SOP
Le journal de la
Bienvenue dans la nouvelle ère de l'occlusion
RENDEZ-VOUS LE 15 OCTOBRE 2009

Société odontologique de Paris
6, rue Jean-Hugues
75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Tirage et diffusion :
40 000 exemplaires
Abonnement 1 an
(10 numéros) : 10 euros
Prix au numéro : 1,55 euro

Rédacteurs en chef :
Marc Roché, Meyer Fitoussi
Rédacteur en chef adjoint :
Gérard Mandel
Directeur de la publication :
Philippe Chalanset
Comité éditorial
Sylvie Bessade
Corinne Touboul
Dominique Martin
Sylvie Saporta
Bernard Schweitz
Conception, réalisation :
Texto Éditions
Maquette :
Carine Montaillier
Photos :
Fotolia : pp. 1,3, 5, 10, 12, 13
Gérard Mandel : pp. 37-46, 51
Sébastien Nardot : pp. 1, 5, 23-25
DR : pp. 9, 11, 12, 13, 15, 19, 26-36, 37-46, 47, 48, 49, 50

Internet : www.sop.asso.fr
Secrétariat : secretariat@sop.asso.fr
Présidence : président@sop.asso.fr
ISSN : 1285-3933

Régie publicitaire :
Philippe Chalanset
La Ngampis-Six
01 42 09 29 13
ngampis.six@sop.asso.fr

Impression : Imprimerie Decoster
Zone d'emploi – BP 149
59320 Sequedin

Marc Roché

Sans doute

La diffusion, au cours du magazine d'information *Envoyé spécial* de France 2, le 26 février dernier, du reportage intitulé *« Fausses dents-vrai doute »*, si l'on en juge par le nombre et la nature des questions posées par les patients, a bien atteint son objectif. Nul besoin de s'étendre sur le principe démagogique de telles émissions tant la ficelle est grosse ! Pourtant il est du devoir de la SOP, après que l'Ordre et l'ADF aient réagi, d'apporter son éclairage de société scientifique généraliste.

Il est bien entendu que seul le praticien, en contrôlant l'adaptation d'une couronne, est en mesure de juger la qualité du travail d'un laboratoire de prothèse et qu'on ne peut considérer, du seul fait qu'elle est fabriquée à l'étranger, qu'une prothèse importée est de moindre qualité. D'ailleurs, s'agissant d'importantes unités de production, il est possible que les contrôles et la traçabilité puissent y être plus facilement assurés que dans de petites structures. Et si leurs tarifs permettent d'offrir des travaux de prothèse de qualité aux plus défavorisés, pourquoi ne pas avoir recours à eux ?

Mais chacun aura des arguments pour défendre son choix, assumant à sa façon la responsabilité globale du traitement prothétique.

En effet, c'est bien des niveaux d'exigence et de formation du praticien dont il s'agit et non du choix du laboratoire de prothèse. Car quel crédit pouvons-nous apporter au travail d'un praticien pour qui le seul critère de choix serait le prix auquel il « revendra » sa prothèse ?

« NUL BESOIN DE S'ÉTENDRE SUR LE PRINCIPE DÉMAGOGIQUE DES ÉMISSIONS TÉLÉVISÉES CONSACRÉES À LA PROTHÈSE TANT LA FICELLE EST GROSSE ! »

A une époque où les retours d'expérience et l'évolution des connaissances amènent à prêcher l'économie tissulaire et où la dentisterie adhésive offre les alternatives qui permettent de retarder l'échéance de la dévitalisation et de la couronne de recouvrement, le seul critère économique débouche obligatoirement sur une prothèse invasive. Une prothèse qui s'affranchit des indications et des critères objectifs d'adaptation – respect des limites et du profil d'émergence, contrôle de l'occlusion – garants, avec l'instauration d'une bonne hygiène, de la pérennité prothétique. Car c'est là en réalité que réside, pour le patient, le principal danger d'une prothèse importée à bas prix.

La SOP a maintes fois stigmatisé l'insuffisance de rémunération des soins conservateurs. Elle voudrait ici affirmer que, de la même façon, une prothèse de qualité ne peut échapper à un coût élevé : celui du temps-fauteuil.

Encore faudrait-il, maintenant que *« la mondialisation s'est immiscée là où on ne l'attendait pas »* – comme concluait Laurent Hakim, journaliste responsable de cette enquête de France 2 – que ce temps-fauteuil investi dans le long terme, soit honoré à hauteur des niveaux d'exigence et de compétence requis dans notre pays. Telle est la position de la SOP. Sans doute.

JOURNÉE SOP – 18 JUIN 2009

Un guide complet de prise de décision en implantologie

Simple, précis, exhaustif : lors de la journée du 18 juin, les participants se verront remettre un document pratique destiné à sécuriser et accompagner l'omnipraticien dans ses décisions en implantologie.

Lors de la journée de la SOP du 18 juin prochain, *« L'omnipraticien, maître d'œuvre du traitement implantaire »*, les participants se verront remettre, à l'issue de la formation, une brochure intitulée *« Protocole de prise de décision »*. Il s'agit d'un document sans équivalent aujourd'hui, dans la mesure où figurera, condensé en une dizaine de pages, l'essentiel des réponses aux questions qu'il faut se poser en implantologie. Quatre grandes parties viennent composer ce document : la sélection du patient, l'élaboration du projet prothétique, la validation chirurgicale et, enfin, la prise de décision.

Indications et contre-indications

La première partie, consacrée à la sélection du patient, propose évidemment la liste des contre-indications (et des indications qui nécessitent une attention particulière), mais également des éléments de décision issus des attentes du patient, de l'observation clinique (hygiène, palpation endobuccale, analyse esthétique, etc.) et, enfin, de l'analyse radiologique.

La deuxième partie comprend les grands éléments de décision suivants : l'analyse fonctionnelle (le montage des modèles sur articulateur, les rapports intercrêtes, l'analyse de l'occlusion, le choix des concepts prothétiques et le nombre d'implants souhaitable), la validation du projet prothétique par le patient (que permet la cire de diagnostic ?), le guide radiologique (les impératifs, les matériaux radio-opaques) et la prescription du scanner (l'intérêt du scanner, les différents éléments à spécifier sur l'ordonnance).

La troisième partie est consacrée à la validation chirurgicale : la largeur et la hauteur du volume osseux, l'aménagement du tissu osseux (l'expansion de crête, les indications de la régénération osseuse guidée), le comblement sinusien, les greffes osseuses d'apposition.

Dix éléments au total pour un dossier implantaire rigoureux

La dernière partie récapitule l'ensemble des données recueillies qui vont permettre de réaliser un dossier implantaire complet, qui doit comporter dix éléments au total. Signalons qu'en annexe sont proposés une bibliographie, un modèle de prescription de scanner et, enfin, un modèle de consentement éclairé du patient.

Au total, ce document a été pensé comme un condensé de l'essentiel de ce qu'il faut savoir en implantologie. Il permettra de délivrer des réponses concrètes, immédiates et sûres à l'omnipraticien. Naturellement, il ne remplace pas une formation ou encore un ouvrage complet consacré à la question, mais sa fonction est de permettre un accès rapide à une information essentielle, quitte à approfondir la ou les réponses par la suite. ■

Le groupe de travail qui a mis au point la journée *« L'omnipraticien, maître d'œuvre du traitement implantaire »* est constitué de Joël Dubreuil, Meyer Fitoussi, Gérard Mandel, Dominique Martin, Patrick Missika, Bertrand Tervil, Corinne Touboul et Florent Trévelo.

Inscrivez-vous !
FORMATIONS SOP 2009
IMPLANTOLOGIE EN OMNIPRATIQUE
Jeudi 18 juin 2009 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel
Bulletin d'inscription et tarifs en page 7

SOP FORMATIONS 2009

Omnipratique : le maître d'œuvre du traitement implantaire, c'est vous !

18 JUIN 2009
DE 9 H À 18 H

L'OMNIPRATICIEN, MAÎTRE D'ŒUVRE DU TRAITEMENT IMPLANTAIRE

Présenter une méthodologie efficace et sûre, adaptable à toutes les situations cliniques, qui permet une prise de décision et une planification implantaire optimales, tel sera le but de cette journée. **Un document pédagogique sera remis aux participants.**
Le protocole comprend trois étapes :

1. **La sélection du patient**. Quelles sont les contre-indications médicales, anatomiques, fonctionnelles ? À ce stade, quelles investigations radiologiques pratiquer ?
2. **Le projet prothétique**. Pourquoi un montage sur articulateur et une cire d'étude ? Quelles prothèses ? Quel nombre d'implants ? Comment réaliser un guide radiologique ? Quand et comment prescrire le scanner ? Pour quel apport ?
3. **Compatibilité chirurgicale.** Le projet prothétique est-il compatible avec les possibilités chirurgicales simples ou complexes ?

Ce protocole sera appliqué sur de nombreux cas cliniques regroupés en trois grandes familles : les cas simples, les édentements antérieurs à visée esthétique et ceux présentant des déficits osseux.

60 POINTS de FCO

➜ Le jeudi 18 juin 2009, participez à la journée SOP et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

PATRICK EXBRAYAT

PATRICK LIMBOUR

PHILIPPE RUSSE

En savoir plus sur l'implantologie en omnipratique Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 3, mars 2009

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 220 €
Offre réservée aux participants :
210 euros la chambre single ou double
pour la nuit du 17 au 18 juin 2009
au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel
(nombre de chambres limité).
Contact : service Réservation
(préciser Journée SOP)
Tél. : 01 40 78 78 40
Fax : 01 40 78 78 04

BULLETIN D'INSCRIPTION

IMPLANTOLOGIE EN OMNIPRATIQUE

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs**
Membres SOP et FSSOSIF : 300 € ; autres : 360 €.

JSOP0609

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

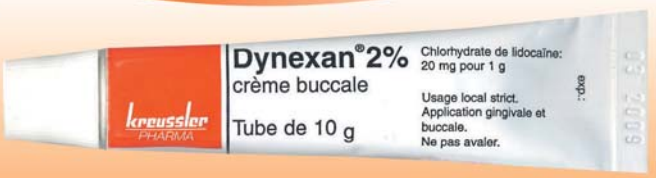
Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

NOUVEAU
SANS ALCOOL

Dynexan® 2%

crème buccale

Anesthésique de 1ère intention


Dynexan® 2%
crème buccale
Tube de 10 g
Chlorhydrate de lidocaïne: 20 mg pour 1 g
Usage local strict. Application gingivale et buccale. Ne pas avaler.
kreussler PHARMA

Rapide
Efficace
Précis

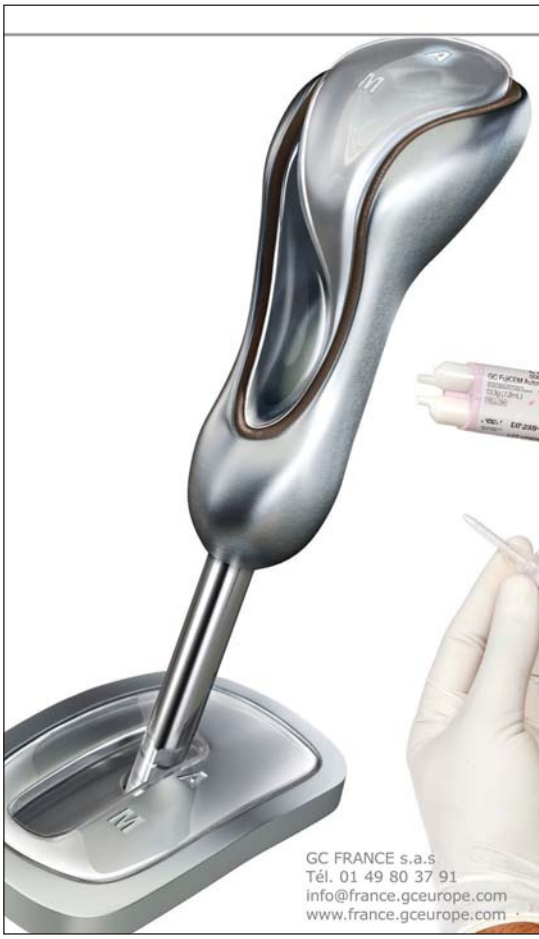
Rembourse 35% Séc. Soc.

AP DYN - Primconcept 04/09-1

DÉNOMINATION : **DYNEXAN® 2%, crème buccale**. ***COMPOSITION :*** Chlorhydrate de lidocaïne : 20,00 mg pour 1g. ***FORME PHARMACEUTIQUE :*** Crème buccale.
DONNÉES CLINIQUES : **Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. Anesthésie locale de contact avant explorations instrumentales en odontostomatologie. **Posologie et mode d'administration* :** Adulte et enfant de plus de 6 ans : Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum. **Contre-indications :** Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des constituants de la formule, en particulier à la lidocaïne ou aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde* :** Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. **Interactions* :** En principe, ne concernent pas l'utilisation par voie locale. **Grossesse* :** Utilisation possible sur une courte période et sans dépasser les doses préconisées. **Allaitement :** Utilisation possible. **Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :** Pas de données particulières. **Effets indésirables* :** Des réactions allergiques sont possibles. **Surdosage* :** Non attendu dans les conditions normales d'utilisation. ***PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :*** **Propriétés pharmacodynamiques* :** Effet rapide (une minute) et de longue durée (environ une heure). **Propriétés pharmacocinétiques* :** Métabolisme hépatique et élimination urinaire. **Sécurité préclinique* :** Ce traitement ne doit pas être administré sur une longue période et au-delà des doses préconisées. ***DONNÉES PHARMACEUTIQUES :*** **Liste des excipients* :** Chlorure de benzalkonium, glycérol, mélange aromatique. **Incompatibilités :** Sans objet. **Durée de conservation :** 3 ans. Ne pas conserver à plus de 25°C.
Nature et contenu de l'emballage extérieur : 10 g en tube (Aluminium vernis). ***AMM :*** 352 798-9. LISTE II. **Prix :** 4,57 €. **CTJ :** 0,23 à 0,91 €. **Remb. Séc. Soc. à 35% - Collect.**
DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT : 30 Nov 1999/25 Nov 2004. ***DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :*** 06.05.2008.
*** Information complète sur demande au Laboratoire.**
EXPLOITANT : Laboratoire KREUSSLER PHARMA - 18, avenue Parmentier - 75011 PARIS - Fax.: 01 43 70 21 06.

N° Indigo 0 825 887 885
0,150 € TTC / MN

FujiCEM
& Automix de GC.



Maintenant vous avez le **choix** : automatique ou manuel.

CVIMAR* de scellement définitif issu de la technologie GC, reconnu pour sa facilité d'utilisation...
Après 7 ans sur le marché et une excellente réputation à travers ses résultats cliniques, **FujiCEM** est aujourd'hui plus polyvalent que jamais.

Un FujiCEM nouveau et amélioré, pour des procédures simplifiées et des résultats parfaits.

*Ciment verre ionomère modifié à la résine

GC FRANCE s.a.s
Tél. 01 49 80 37 91
info@france.gceurope.com
www.france.gceurope.com

GC

EN COUVERTURE

Une nouvelle ère pour l'occlusion

Entretien avec Jean-Daniel Orthlieb, conférencier de la journée du 15 octobre 2009 *« Prothèse et occlusion »*.

Selon Jean-Daniel Orthlieb, l'occlusion sort peu à peu des conflits de chapelle et de la confusion. Des principes simples sont aujourd'hui accessibles.

Jusqu'à un passé récent, la multiplication de théories de l'occlusion se contredisant nuisait à la limpidité du message. On a le sentiment que les choses sont en train d'évoluer…
En effet, ces dernières années, les choses ont bien changé et l'évolution de la connaissance en occlusion nous permet, à l'heure actuelle, de distinguer ce qui est essentiel de ce qui l'est moins. Le sujet en soi est très complexe car l'occlusion, discipline multifactorielle, implique une multitude d'interfaces telles que les muscles, les articulations, les dents, les fonctions, le psychisme… Et comme pour tout domaine complexe, la connaissance qu'on peut en avoir reste souvent partielle et parfois superficielle. Pendant des décennies, on a eu tendance à se fonder sur les avis de tel maître à penser ou de telle chapelle qui s'opposaient les uns aux autres. Le fait que l'on ne disposait pas, en occlusion, d'une pensée unique, nous a conduits à des débats d'experts sans intérêt pour la majorité des praticiens et qui donnaient l'impression de confusion. Mais progressivement on y voit plus clair, et c'est tout à l'honneur de la SOP d'organiser une formation pour faire bénéficier les omnipraticiens de ces simplifications.

À mesure que les conflits s'estompent, on imagine que certains principes consensuels simples pouvant servir de règles au quotidien voient le jour ?
Oui, car nous sommes parvenus à une logique de simplicité. Depuis quelques années, il existe des principes clairs et à la portée de tous. On estime à présent que le seul examen clinique est suffisant pour apprécier l'occlusion intercuspidienne maximale (OIM). On arrive à expliquer plus simplement le rôle de l'occlusion aux travers des fonctions de calage, centrage et guidage. Par ailleurs, on sait que, dans 95 % de nos réalisations prothétiques, l'on peut utiliser un simulateur simple (un occluseur ou un articulateur).

Vous parlez d'articulateur. Voilà justement un mot qui a tendance à effrayer les omnipraticiens, qui y voient un mécanisme complexe réservé à une élite…
Bien que solidement ancrée, cette idée que l'utilisation de l'articulateur est complexe est totalement erronée. Rien n'est plus simple, ni plus utile pour l'occlusion, que l'utilisation d'un articulateur ! Il faut comprendre que ce dispositif n'est pas l'ennemi de l'omnipraticien. Il est son ami et, mieux, un ami qui lui veut du bien ! Les participants à la journée de la SOP pourront s'en rendre compte, et je leur montrerai comment s'en servir facilement. En général, en matière d'occlusion d'ailleurs, rien n'est jamais vraiment compliqué. On n'a pas besoin de réaliser des gestes de funambule ou de disposer d'une dextérité extraordinaire. Non, dans notre domaine, la difficulté réside dans la décision, pas dans la réalisation.

À vous entendre, la seule difficulté de la discipline résiderait dans la capacité à prendre la bonne décision ?
C'est le cas. L'occlusion repose avant tout sur une approche intellectuelle du problème, c'est d'ailleurs pour cette raison que les querelles de chapelles sont légion. Dès le début du traitement, à partir d'un examen clinique mais standardisé, l'omnipraticien doit répondre à des questions de base : faut-il prendre les dents comme référence ou utiliser un autre référentiel ? Réfléchir, se poser les bonnes questions et savoir y répondre sont des préalables nécessaires pour prendre la meilleure décision et proposer une restauration prothétique qui optimise les fonctions occlusales.

…

Mais, pour nombre de confrères, l'enregistrement de l'occlusion du patient constitue en soi une difficulté…
Parce que la réflexion en amont n'est pas toujours bien menée et que les conséquences d'un mauvais enregistrement sont lourdes. Le meilleur enregistrement de l'occlusion, c'est de ne pas en avoir besoin lorsque les moulages sont intrinsèquement stables par affrontement direct. Mais, dans tous les autres cas, un enregistrement destiné à la stabilisation des moulages dans la position de référence choisie est nécessaire. Il sera fonction de cette position de référence et des conditions dentaires existantes.

Reste que la transmission de l'enregistrement au laboratoire est également à l'origine de certains contretemps… Que faut-il faire pour réussir cette étape ?
La transmission des informations constitue le maillon faible de la chaîne de construction occlusale. Dans l'idéal, il faudrait que les montages sur simulateur soient réalisés par le praticien ou sous son contrôle, à son cabinet, ce qui pas toujours possible. La délégation des tâches, le délai de traitement des empreintes, le transport et les montages sur simulateur constituent autant de risques pour la précision de la simulation. Mais on peut atténuer ces risques par la mise en place de critères mécaniques et de techniques de contrôle. Lors de la journée du 15 octobre, nous expliquerons comment l'omnipraticien peut constituer une fiche de laboratoire contenant informations et consignes essentielles pour le prothésiste. Les astuces sont simples et efficaces comme, par exemple, le principe de la *« carte occlusale »*, qui permet de transmettre au laboratoire la visualisation des points de contacts occlusaux existants en bouche.

La question de la prothèse sur implant sera-t-elle abordée le 15 octobre ? Exige-t-elle une prise en compte spécifique ?
S'agissant de la simulation, de l'enregistrement de l'occlusion ou des concepts de simulation, il n'existe aucune différence entre dents naturelles et implants. On utilise exactement les mêmes protocoles. Cependant, par leur rigidité, les implants ne disposent évidemment pas de la tolérance des dents naturelles. Aussi les problèmes occlusaux vont-ils nécessairement se poser avec plus d'acuité. Conclusion : la vigilance occlusale est encore plus importante.

Quelles réponses concrètes et immédiatement applicables peut-on attendre de votre intervention ?
Concrètement, les participants repartiront vers leur cabinet dentaire en sachant reproduire avec précision l'OIM au laboratoire. Nous espérons aussi, Jean-Philippe Ré et moi-même, leur démontrer la simplicité et l'efficacité de notre concept d'enregistrement de la relation centrée. Du début à la fin de la restauration prothétique, à chaque étape clé, ils connaîtront les alternatives et seront dotés des outils nécessaires pour prendre la bonne décision. Mieux décider, bien exécuter, améliorer la communication avec le labo, c'est diminuer le stress du praticien quand il procédera à l'essayage d'une prothèse. ■

Le groupe de travail qui a mis au point la journée *« Prothèse et occlusion »* est constitué de Martin Brient, Sandrine Dahan, Meyer Fitoussi, Dominique Martin, Marc Roché et Bertrand Tervil.

SOP FORMATIONS 2009

Penser l'occlusion pour réussir sa prothèse

15 OCTOBRE 2009
DE 9 H À 18 H

PROTHÈSE ET OCCLUSION

Quand et comment modifier l'occlusion du patient avant une réalisation prothétique ? Quelles procédures utiliser pour enregistrer les rapports interarcades ? Comment les reproduire avec précision au laboratoire ?

L'intégration d'une restauration prothétique dans le schéma occlusal du patient est essentielle mais parfois peu évidente. Le praticien doit-il insérer le rapport interarcades dans l'occlusion naturelle du patient ? Quand doit-il intervenir sur la malocclusion ? Comment enregistrer, reproduire et transmettre le schéma occlusal dans les meilleures conditions ? Avec le concours de spécialistes en prothèse, en orthodontie et en occlusodontie, les omnipraticiens pourront se doter des éléments de réflexion essentiels pour bien gérer toutes les questions occlusales en prothèse dans les situations sans ADAM et obtenir des outils indispensables afin de bien communiquer avec leur laboratoire.

- **Armelle Manière :** Appréhender l'aménagement orthodontique chez l'adulte.
- **Jean-Philippe Ré :** Intégrer les restaurations unitaires dans les situations occlusales complexes.
- **Jean-Daniel Orthlieb :** Intégrer les restaurations de moyenne étendue. Simuler et enregistrer l'occlusion au cabinet.
- **Jean-Marie Cheylan :** Stabiliser les prothèses amovibles et composites. Enregistrer les rapports intermaxillaires présentant un appui dentaire et muqueux.

Le jeudi 15 octobre 2009, participez à la journée SOP avec votre prothésiste afin d'améliorer vos procédures de communication !

60 POINTS de FCO

En savoir plus sur l'occlusion en prothèse ? Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 5, mai 2009

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 185 €

Offre réservée aux participants : 185 euros la chambre single ou double pour la nuit du 14 au 15 octobre 2009 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité).
Contact : service Réservation (préciser Journée SOP).
Tél. : 01 40 78 78 40
Fax : 01 40 78 78 04

BULLETIN D'INSCRIPTION

PROTHÈSE ET OCCLUSION

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs**
Inscription avant le 17 juillet 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 260 € ; autres : 320 €.
Inscription après le 17 juillet 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 300 € ; autres : 360 €.

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

JSOP0609

Du 26 octobre au 3 novembre 2009

29es JOURNÉES DE CHIRURGIE DENTAIRE AUX ANTILLES

LA COCOTERAIE

La Cocoteraie est l'un des établissements les plus élégants de l'île. Un endroit de tout repos qui ne compte que des bungalows composés de suites parfaitement équipées. Un must pour qui souhaite se faire dorloter.
Niché au coeur d'un jardin tropical, cet hôtel au charme colonial raffiné est une invitation au dépaysement. L'atmosphère feutrée des lieux et un service attentif vous apporteront la garantie d'un séjour à la fois raffiné et convivial.
La Cocoteraie se trouve à Saint-François, à quelques minutes à pied de la marina, des restaurants, des commerces et du casino.
L'aéroport de Pointe-à-Pitre est à 45 minutes.

Préprogramme de voyage

LUNDI 26 OCTOBRE
12h00-15h20 : Paris - Pointe à Pitre sur vol AF 620

DU LUNDI 26 OCTOBRE AU LUNDI 2 NOVEMBRE
Séjour à la Cocoteraie
Participation aux 29es Journées de chirurgie dentaire aux Antilles

LUNDI 2 NOVEMBRE
21h05 : Pointe à Pitre - Paris sur vol AF 625

MARDI 3 NOVEMBRE
10h00 : Arrivée à Paris

Le programme scientifique sera publié dans le JSOP n° 7 – septembre 2009.

DROITS D'INSCRIPTION

Les droits d'inscription, obligatoires pour tous les participants, comprennent :
- La remise du dossier et du badge (congressiste)
- L'accès aux séances scientifiques (congressiste)
- Les pauses café (congressiste)

PROGRAMME SOCIAL

Réservé uniquement aux participants au voyage congrès :
- Dîners du 27/10, du 29/10 et du 01/11
- Déjeuner du 02/11

MEMBRES DE LA SOP OU DE LA FSSOSIF

- Congressistes : 290 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 250 €

AUTRES MEMBRES

- Congressistes : 350 €
- Accompagnants et enfants de plus de 15 ans : 310 €

PERSONNES NE PARTICIPANT PAS

au voyage congrès : 460 €

Enfants : Les enfants de moins de 15 ans sont dispensés de droits d'inscription.

TARIFS ET CONDITIONS GÉNÉRALES

Séjour du 26 octobre au 3 novembre 2009 : prix par personne en chambre double
Vue jardin **--> 1 800 €** Vue piscine **--> 1 900 €** Vue mer **--> 2 100 €**

Ces prix comprennent :
- le trajet PARIS/POINTE À PITRE/PARIS sur Air France en classe touriste
- les transferts aéroport/hôtel/aéroport en car climatisé
- le séjour La Cocoteraie dans le type de chambre choisie (les chambres seront attribuées dans l'ordre d'arrivée des inscriptions en fonction des disponibilités
- les petits-déjeuners buffet
- les taxes et services (seule la taxe d'aviation, actuellement de 240 e pourrait être modifiée)
- l'encadrement par du personnel de notre société de PARIS à PARIS

Annulation
En cas d'annulation, il sera retenu :
- jusqu'au 10 juillet 2009, un montant de 50 e pour frais de dossier
- entre le 10 juillet 2009 et le 25 août 2009, 10 % du montant total du voyage
- entre le 25 août 2009 et le 25 septembre 2009, 20 % du montant total du voyage
- entre le le 25 septembre 2009 et le 10 octobre 2009, 50 % du montant total du voyage
- après le le 10 octobre 2009, 90 % du montant total du voyage

Organisation technique :
Chaumont Voyages – Lic. 075950311

Du fait du nombre très limité de chambres à la Cocoteraie, nous vous demandons de vous inscrire le plus rapidement possible. **Aucune chambre single n'est disponible.** Prière de nous interroger si vous êtes accompagnés d'enfants et si vous désirez anticiper ou prolonger votre séjour.

Bulletin d'inscription

à retourner à : CHAUMONT VOYAGES – M. PERRAULT
9, rue principale du Port – 92638 Gennevilliers Cedex
Tél. : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50 – E-mail : emilyne@chaumontvges.com

Je soussigné(e), Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
Tél. : ..... • Portable : ..... • **E-mail :** .....
❑ Membre SOP-FSSOSIF ❑ Non membre

Accompagné(e) de* : ** Préciser la date de naissance pour les enfants*
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....
Nom : ..... • Prénom : ..... • né(e) le : .....

❑ **M'inscris aux 29es JOURNÉES DE CHIRURGIE DENTAIRE AUX ANTILLES**

❑ Vue jardin ❑ Vue piscine ❑ Vue mer

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales et des conditions d'annulation.

Je vous adresse ci-joint un acompte de 1 000 € par personne ainsi que les droits d'inscription, soit :
Acompte : 1 000 € x ..... = ... €

DROITS D'INSCRIPTION
❑ Congressiste membre de la SOP ou de la FSSOSIF ..... x ..... = ... €
❑ Congressiste non membre ..... x ..... = ... €
❑ Accompagnant ..... x ..... = ... €
TOTAL = ... €

DATE : SIGNATURE

JSOP0609

En association avec l'un des **10 plus importants laboratoires Français**

Made in Labs®

LABORATOIRE DE PROTHÈSE DENTAIRE

Laboratoire Ouvert au mois d août

La sécurité de vos patients reste notre priorité

Matériaux	Marque	Fournisseur	Pays	CE No.
CÉRAMIQUE				
Céramique sur métal NP	Shofu vintage	Shofu Inc.	Japon	CE 0123
Céramique sur métal NP	Vita vmk95	Vita	Allemagne	CE 0124
Céramique sur Zirconium	Wieland zirox	Wieland Dental	Allemagne	CE 0483
Céramique dur Inceram	Shofu A-L	Shofu Inc.	Japon	CE 0124
Inlay / Onlay	Ips empress	Ivoclar Vivadent	Principauté de Liechtenstein	CE 0047
ALLIAGE non-précieux				
CoCr conjointe	Cromoron c	DG Dental	Allemagne	CE 0482
CoCr adjointe	Dentorium	Dentorium Products	Etats-Unis	ADA
Titane	Tritan d	Dentarum	Allemagne	CE 0483
Zirconium	Zirkonzahn	Zirkonzahn	Italie	CE 0476
Zirconium	Wieland zeno	Wieland Dental	Allemagne	CE 0483
COMPOSITE				
Inlay/Onlay	Ceramage	Shofu Inc.	Japon	CE 0044
Inlay/Onlay	Shofu Solidex	Shofu Inc.	Japon	CE 0044
Couronne Provisoire	Biodent	Densply Trubyte	Etats-Unis	CE 0086
RÉSINE				
Résine Adjointe	Vertex	Vertex Denta	Hollande	CE 0044
Résine pour appareil orthodontique	Orthocryl	Dentarum	Allemagne	CE 0483
Résine souple (Flexite)	Flexi-j	Pressing Dental	Allemagne	CE 0546
Résine souple pour appareil orthodontique	Erkoflex	Erkodent Erich Kopp	Allemagne	CE 0093/42
Dents résine	Eray de Luxe	Eraylar	Turquie	CE 0482
Dents résine	Ivoclar Vivadent	Ivoclar Vivadent	Principauté de Liechtenstein	CE 0123

TRAÇABILITÉ CONFORMITÉ

Afin d'assurer une sécurité et une fiabilité à vos patients notre laboratoire réalise ces prothèses avec des matériaux provenant des plus importants fournisseurs mondiaux. Nos travaux sont réalisés dans un laboratoire certifié ISO 9001 : 2000 et ISO 13485
Tous nos travaux sont livrés avec une fiche de traçabilité où figurent les matériaux utilisés, leur code CE ainsi que leurs numéros de lots.

POSSIBILITÉE DE PAIEMENT PAR VISA MasterCard

CE SGS

www.madeinlabs.com

N°Azur 0 811 11 37 36

PRIX APPEL LOCAL

54 route de Champigny - 94350 Villiers Sur Marne - Fax : (+33) 1 49 41 23 69 e-mail : info@made-in-labs.com

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

La HAS publie un référentiel des bonnes pratiques en endodontie

Chacun d'entre nous a reçu une fiche de bon usage en matière de traitement endodontique, réalisée par la Haute Autorité de santé. De quoi s'agit-il ?

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit dans le Code de la santé publique le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles pour l'ensemble des professions de santé. Le principe d'une autoévaluation étant retenu, cette disposition fait appel à l'élaboration de référentiels des pratiques médicales sous le contrôle de la Haute Autorité de santé (HAS), référentiels auxquels chaque praticien pourra confronter sa propre pratique.

La HAS, qui élabore depuis de nombreuses années des conférences de consensus et divers types d'évaluation des pratiques médicales, a fait un effort particulier pour l'un des actes les plus courants dans nos cabinets, à savoir le traitement endodontique.

Trois documents ont été édités à partir d'une conférence de consensus : le rapport complet et le texte court, tous deux disponibles sur le site www.has-sante.fr, ainsi qu'une fiche de *« Bon Usage des technologies médicales »* (BUTM) distribuée dans tous les cabinets.

L'acte endodontique est un acte techniquement élaboré, et l'écart est parfois grand entre les protocoles opératoires enseignés à la faculté et ceux appliqués dans les cabinets dentaires. Chaque praticien trouvera dans cette fiche un rappel clair et concis des protocoles actuels auxquels il pourra se référer afin d'adapter sa pratique aux données actuelles de la science. ■

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ
BON USAGE DES TECHNOLOGIES MÉDICALES
Traitement endodontique
INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DU T.E.
LA RADIOGRAPHIE AU COURS DU T.E.

Les documents de bonnes pratiques en matière de traitement endodontique sont téléchargeables sur le site Internet de la HAS.

Dominique Martin

Le point de vue de la SOP

Le rapport de la HAS, commandé par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et le ministère de la Santé, va-t-il demeurer un simple référentiel d'autoévaluation ou doit-on craindre que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) se l'approprient au point d'en faire un véritable outil d'évaluation de nos pratiques ?

La question mérite d'être posée. Rappelons que l'acte endodontique est inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et que, réalisé selon les recommandations de la HAS, il reste largement sous-évalué en matière de cotation. Il serait souhaitable que, parallèlement à ce référentiel, soit effectuée une étude du coût de l'acte réalisé selon les protocoles énoncés dans ce rapport.

La SOP avait déjà œuvré en ce sens en demandant une évaluation du coût de revient de cet acte à un cabinet d'audit financier, qui avait mis en évidence en 2002 un écart important entre la cotation de l'acte et le prix de revient lorsque cet acte est réalisé selon les données acquises de la science et en respectant les obligations de traçabilité.

La modification de la nomenclature de 2006 ne change rien au problème de fond, et il serait temps que chacun prenne conscience du problème de santé publique que pose l'inadéquation entre les exigences imposées par les données acquises de la science et la NGAP.

Meyer Fitoussi

Garancière 2009
15, 16, 17, 18 Septembre

Mardi 15 Septembre

Auditorium Espace Saint-Martin
199 bis rue Saint Martin • 75003 Paris

Dentisterie du secteur antérieur

Présidents de séance : Patrick Missika et Philippe Monsenego (Paris 7)

André Faucher (Marseille)
Le Guide esthétique : mode d'emploi

Stefen Koubi (Marseille)
Dentisterie adhésive céramo-céramique : indications et protocoles de réalisation

David Gerdolle (Genève)
Indications, techniques et limites des composites antérieurs

Virginie Monnet-Corti (Marseille)
Techniques d'aménagement parodontal à visée esthétique

Déjeuner sur place

Frédéric Chiche (Paris)
Simplification du protocole implantaire de l'édentement unitaire antérieur

Marcel Begin (Paris) :
P.A.P. du secteur antérieur : concilier esthétique et équilibre

François Unger (Tours) :
Abrasions et érosions antérieures : diagnostic et attitudes thérapeutiques

Mercredi 16 Septembre

Faculté de Chirurgie Dentaire Paris 7
5 rue Garancière • 75006 Paris

Mise en fonction immédiate : Les conditions chirurgicales et prothétiques du succès

Conférence : Paul Mariani et Patrice Margossian (Marseille)

Ce sont les conditions chirurgicales qui déterminent le choix entre les différentes options de mise en fonction.
Pour obtenir un taux de succès équivalent à celui de la mise en fonction différée, il est essentiel de faire la synthèse d'un grand nombre de paramètres liés à la biologie et à la stabilité initiale des implants. Les conditions et techniques de la mise en fonction immédiate au plan prothétique constituent l'autre volet conduisant au succès.
Ces conditions ne sont pas identiques selon que l'on s'adresse à des édentements unitaires ou à des édentements de petite et moyenne étendue. Le taux de succès non plus.
Chez l'édenté total, les techniques et les conditions de la mise en fonction immédiate vont varier énormément selon que l'édentement est maxillaire ou mandibulaire. Plusieurs techniques, y compris la CFAO, peuvent nous aider sérieusement.

Programme complet des 35èmes Entretiens de Garancière sur simple demande ou consultable sur notre site :
www.garanciere.com

Entretiens de Garancière
5 rue Garancière • 75006 Paris
Tél. 01 43 29 37 65 Fax 01 40 46 96 67
e-mail aeo@garanciere.com

Conférences
Entretiens Cliniques
Démonstrations Cliniques
& Travaux Pratiques...

APPRENDRE AVEC PLAISIR

Jeudi 17 Septembre

Hôpital Kremlin-Bicêtre
78 rue du Général Leclerc • 94275 Le Kremlin-Bicêtre

Chirurgie avancée : Les augmentations osseuses en Chirurgie Pré-implantaire

Journée organisée par Michel Jabbour (Paris), Philippe Russe (Reims) et Patrick Missika (Paris 7)

Les implants dentaires sont aujourd'hui une thérapeutique fiable et reproductible. Cependant, l'implantologiste est souvent confronté à un volume osseux insuffisant qu'il faut reconstruire. La chirurgie pré-implantaire fait maintenant partie intégrante du plan de traitement implantaire.

Matin

- Présentation des 3 cas cliniques opérés dans la journée : M. Jabbour, P. Russe
- Les sites de prélèvements en Chirurgie Préimplantaire : P. Russe, J. Faïn
- **Chirurgie en direct :**
  Augmentation osseuse en épaisseur avec prélèvement rétro-molaire : gestion du greffon, simplification de l'ostéosynthèse et fermeture muqueuse
  Opérateur : M. Jabbour • **Modérateur :** P. Russe
- Les expansions horizontales de la crête alvéolaire : G. Khoury
- **Chirurgie en direct :**
  Greffes sinusiennes : indication du dentascanner, rationalisation de la gestuelle chirurgicale, matériaux de comblement et traitement des difficultés opératoires
  Opérateurs : M. Jabbour • **Modérateurs :** B. Lamblin, P. Russe
- Greffes sinusiennes et ORL : B. Lamblin

Après-Midi

- **Chirurgie en direct :**
  Augmentation osseuse complexe du maxillaire avec un prélèvement pariétal : rationalisation de la technique chirurgicale intra-orale, indication du prélèvement extra-oral et protection du site de prélèvement crânien.
  Opérateurs : M. Jabbour, J. Faïn
  Modérateurs : J-B. Charrier, P. Russe
- Les expansions verticales de la crête alvéolaire : G. Khoury
- Chirurgie orthognathique et implantologie : J-B. Charrier
- Table ronde avec les intervenants
  Questions • Réponses • Conclusions

Journée de TRAVAUX PRATIQUES animée par Philippe Russe

Vendredi 18 Septembre
Faculté de Chirurgie Dentaire Paris 7

Jeudi 17 Septembre

Faculté de Chirurgie Dentaire Paris 7
5 rue Garancière • 75006 Paris

Nouvelles technologies : Entretiens sur les applications réelles des différents lasers

Journée organisée par Gérard Rey (Montpellier) et coll.

En 2009, la place n'est plus au rêve d'un laser "baguette magique". La réalité nous a placés en face de nos responsabilités avec l'obligation certes de respecter la rigueur des acquis universitaires, mais également de compléter ceux-ci par l'étude approfondie de l'interaction des différents rayonnements laser sur les tissus de la cavité buccale susceptibles d'être irradiés.
La journée du jeudi sera consacrée à l'étude des différentes longueurs d'onde et de leurs applications spécifiques dans des domaines comme l'Endodontie, la Parodontologie, l'Implantologie et même la Chirurgie des tissus dentaires osseux et gingivaux.

Matin

- Généralités sur les différents rayonnements laser : U. Gulisano (Milan)
- Traitements endodontiques et lasers : D. Bensoussan
- Particularités du laser Nd Yag en omnipratique : M. Costessèque
- Traitements parodontaux laser : J-P. Dumouchel
- Questions générales

Après-Midi

- Utilités des lasers Er, Cr, YSGG : T. Le Coroller
- Les lasers Erbium YAG en Odontostomatologie : G.L. Caccianiga
- Utilisation raisonnée des lasers CO2 : P. Buflier, R. Fromental
- Laser et Implantologie : Traitement de la péri-implantite par laser Nd YAP : P. Missika, J.-M. Stroumza
- Laser et tissus osseux – Décontamination et Biostimulation ostéoblastique : G. Rey

Séance de TRAVAUX PRATIQUES animée par Gérard Rey et coll.

Vendredi 18 Septembre
Faculté de Chirurgie Dentaire Paris 7

Cette matinée vous permettra de tester les différents types de laser (diode 810 nm – Diode 980 nm – Nd YAG – Nd YAP – Er YAG – CO2) au cours de travaux pratiques qui seront animés par des praticiens expérimentés, afin de vous familiariser avec les technologies les mieux adaptées à votre exercice personnel.

Domptez la lumière !

Enamel Plus HRi

Offres de lancement !

Plus d'informations auprès de votre Attaché(e) Commercial(e) ou au :
N° Vert 0 800 247 420

Ce projet (HA-Project-Nr: 130/07-01) a reçu le soutien de l'état de Hessen et a été cofinancé par des fonds de l'union européenne (European Social Fund-ESF) à titre d'innovation et d'avancée scientifique majeures.

HRi est le seul et unique matériau composite à posséder le même indice de réfraction que l'émail naturel pour une technique simplifiée et une restauration invisible.

Restauration directe (L. Vanini)

Distribué par BISICO FRANCE - B.P. 60 - L'Opéra - 13680 Lançon de provence - Tél. : 04 90 42 92 92 - Fax : 04 90 42 92 61 - www.bisico.fr

bisico

BOND 1 SF
Solvent-Free SE Adhesive

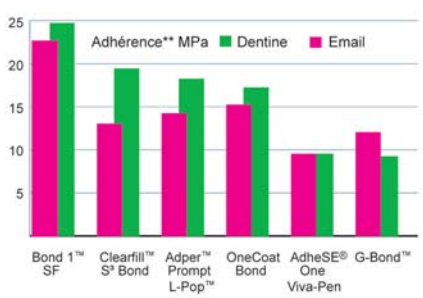
Le 1er ADHESIF

☑ **Avec résine 4-META**
Pour une puissance d'adhésion sans égal

☑ **Sans solvant volatile**
Adhérence constante, utilisations après utilisations
Séchage inutile
Pas de risque de séchage excessif ou insuffisant

☑ **En 1 seule étape**
Gain de temps. Sécurité

☑ **En seringue applicatrice**
Application facile et économique



2 x 1 seringue ~~119€~~
79€ TTC*

ClearFil® S³ Bond (Kuraray), Adper™ Prompt L-Pop™(3M), AdheSE® One VivaPen (Vivadent), One Coat® Bond (Coltène Whaledent) et G-Bond™ (GC) ne sont pas des marques Pentron ou SD2

* Offre valable jusqu'au 30 06 09 ** W. JIA - I.A.D.R. Toronto Juil. 08

SD2 50 bis rue des Binelles - 92310 SEVRES - Tél. 01 45 34 90 30 - Fax 01 45 34 99 46 - **www.sd2-dentaire.com**

Docteur .....

Adresse: .....

.....

☐ Souhaite recevoir le catalogue SD2

Commande

☐ 2 seringues 1ml Bond 1 SF + emb. applicateurs : 79 € TTC*

PARUTION

Assistante dentaire et pratique de l'implantologie : mode d'emploi

Dans un ouvrage fourmillant de réponses pratiques, les auteurs proposent un guide complet permettant à l'assistante dentaire et au praticien de composer un tandem gagnant dans la pratique de l'implantologie chirurgicale et prothétique au quotidien.

Guillaume Drouhet, Patrick Missika et François Arnaud viennent de cosigner un véritable manuel pratique sur le rôle de l'assistante en implantologie, de la phase préimplantaire à la phase chirurgicale puis prothétique. Simple d'accès, richement illustré, cet ouvrage nous livre des clés applicables au quotidien à l'usage de l'assistante et du praticien.
Pour les auteurs, on l'aura compris, la présence d'une assistante qualifiée est aujourd'hui incontournable pour tout praticien souhaitant pratiquer l'implantologie chirurgicale ou prothétique. Ils en font la démonstration au fil des chapitres qui composent cet ouvrage animé d'encadrés pratiques traitant de points spécifiques. Les auteurs montrent à quel point le praticien et son assistante constituent un véritable binôme tant dans la phase chirurgicale que dans la phase prothétique.
Après une présentation simplifiée de l'implantologie, ils s'attardent sur la phase chirurgicale et délivrent avec minutie le détail de chacune de ses étapes : préparation de l'intervention, maîtrise de la chaîne d'asepsie (un rappel circonstancié sur la chaîne de stérilisation est d'ailleurs proposé), aptitude au travail à quatre mains.

Environnement, gestuelle, acte thérapeutique

Trois mots clés synthétisent le propos des auteurs : l'environnement, la gestuelle et l'acte thérapeutique. Concernant l'environnement, et bien qu'il n'y ait aucune obligation en ce sens, les auteurs préconisent, dans la mesure du possible, de consacrer une salle exclusivement dédiée à la chirurgie. Cela constitue un atout majeur pour l'organisation de l'assistante, laquelle établit avec le praticien une ligne de conduite bien définie qui facilite l'installation du plateau technique. À l'usage du praticien, les iconographies illustrent de façon séquentielle les différents protocoles de cette installation.
Concernant la gestuelle, deuxième clé de la phase chirurgicale, les auteurs comparent le praticien et son assistante à deux instruments jouant la même partition. De leur accord résulte le bon déroulement de l'intervention. Là encore, les différents points auxquels l'assistante doit être spécifiquement préparée sont traités avec rigueur et pédagogie.

Lors de la phase prothétique, l'assistante voit son rôle passer de celui de technicienne à celui de gestionnaire. Après avoir défini les différents types de prothèses implanto-portées ainsi que la notion d'accastillage et les protocoles d'empreintes, les auteurs insistent sur l'importance du contrôle des pièces prothétiques reçues au cabinet et de la bonne gestion de leur stock. L'assistante joue donc, là encore, un rôle prépondérant.

Comment juguler l'angoisse du patient

Enfin, dans un chapitre à part entière, François Arnaud et Jacqueline Fresneau développent la dimension essentielle de la communication : sens de l'écoute et empathie sont autant d'éléments essentiels qui permettent de juguler l'angoisse du patient. L'assistante joue ici un rôle de relais entre le praticien et le patient.
Cet ouvrage complet constitue une aide pédagogique précieuse pour le praticien souhaitant former un véritable tandem avec son assistante. L'objectif : travailler en toute sérénité afin d'offrir une qualité de soins et d'attention aux patients. ■

Sylvie Bessade

L'assistante en implantologie chirurgicale et prothétique
Guillaume Drouhet, Patrick Missika et François Arnaud
Éditions CdP, coll. « JPIO », 112 pages, 80 €

MAURICE 2009

Organisation CHAUMONT VOYAGES

MANOR-LIC 09298001550

partenaire de la SOP depuis plus de 30 ans

du 5 au 13 décembre 2009

Extensions possibles avant ou après

5 jours de compétition en double

Hotel PARADIS

3 Parcours:

Le PARADIS
Le TAMARINA
CHATEAU BEL-OMBRE

La convivialité des Caducées du Golf

Le professionalisme de Chaumont Voyages

Renseignements: Chaumont Voyages 01 47 92 22 40 Fax: 01 47 99 17 50
E-mail: jchaumont@chaumontvges.com
caducéesdugolf@orange.fr

IMPLANTOLOGIE

S'initier à la prothèse sur implants en toute sérénité

Destiné aux omnipraticiens non formés à la pratique implantaire, le TP de la SOP mettra l'accent sur la manipulation des différentes pièces prothétiques et sur l'acquisition des principes essentiels en prothèse sur implants.

Quelles sont les indications d'un traitement par implant dentaire ? Quand faut-il conserver ou, au contraire, extraire une dent ? Quelles sont les différentes options implantaires envisageables actuellement ? Répondre à ces questions constitue un préalable essentiel à l'activité implantaire. Essentiel certes, mais est-ce suffisant ? Car l'implantologie – peut-être davantage encore que les autres disciplines dentaires – exige une acquisition progressive du geste technique. C'est sur ce postulat d'une discipline exigeante mais accessible à tous que la SOP a fondé son TP consacré à la prothèse sur implants, à destination des praticiens débutants. Chacune des questions posées ci-dessus sera traitée. Seront également détaillées, une à une, les différentes techniques d'empreinte sur implants, les piliers prothétiques, la prothèse supra-implantaire, la prothèse vissée ou encore la prothèse scellée sans omettre le plan de traitement ainsi que le projet prothétique, éléments essentiels à la réussite de la restauration implanto-portée.

Dans un premier temps, cette journée de TP débutera donc par une approche théorique rigoureuse des grands principes de la prothèse sur implants, fondamentale à la compréhension des problématiques spécifiques de la discipline. Dans un deuxième temps, l'accent sera évidemment porté sur la réalisation d'activités pratiques afin de permettre aux participants d'acquérir la gestuelle adaptée. Des trousses ergonomiques avec des modèles de travail permettant de manipuler les différentes pièces prothétiques, des porte-empreintes, des clés dynamométriques, du matériau à empreinte seront mis à disposition des participants. Ils pourront ainsi se familiariser avec l'accastillage de trois systèmes implantaires différents (Camlog®, Nobel Biocare® et Zimmer®), prendre des empreintes sur modèles et visualiser les différents piliers prothétiques avec les prothèses correspondantes. Au terme de ces manipulations, après une synthèse des éléments essentiels à retenir, toutes les interrogations et réflexions des participants pourront être partagées avec les animateurs du TP, cliniciens expérimentés, lors d'un débat interactif. ■

Les participants du TP pourront se familiariser avec l'accastillage de plusieurs systèmes implantaires.

Évaluez-vous !

- Vous arrive-t-il qu'un patient vous demande un traitement implantaire ?
- Avez-vous des patients se plaignant de prothèses complètes amovibles mal stabilisées ?
- Comment traitez-vous un édentement bordé de dents parfaitement saines ou un édentement de grande étendue ?
- Avez-vous déjà pratiqué une empreinte implantaire de type direct ou indirect ?
- Quel système implantaire choisiriez-vous ?

Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2009

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 1er octobre 2009 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 24

LES OUTILS DU SOURIRE

Traitement du canal en rotation continue

FKG RaCe - NiTi

POINTE DE SÉCURITÉ ARRONDIE
• Guidage parfait de l'instrument

ARÊTES DE COUPE ALTERNÉES
• Pas d'effet de vissage/blocage

ARÊTES VIVES
• Efficacité de coupe optimale

TRAITEMENT ÉLECTRO-CHIMIQUE
• Métal plus résistant à la torsion et à la fatigue

SAFETY*MEMO*DISC
• Pour prévenir la fatigue du métal

2 méthodes de travail possibles, Crown-Down ou Single-Length, avec un seul jeu d'instruments

FKG *EasyRaCe*

Essayez-les et appréciez la différence!

FKG DENTAIRE
Swiss Dental Products

CE 0120

Crêt-de-Locle 4 • CH-2304 La Chaux-de-Fonds - Switzerland • Tél.: +41 (0)32 924 22 44 • Fax: +41 (0)32 924 22 55 • info@fkg.ch • www.fkg.ch

ESTHÉTIQUE

Réussir le blanchiment et optimiser la pose de digue

Quelles réponses techniques pour réussir l'éclaircissement des dents et maîtriser la pose de digue.

Blanchiment

Qu'il s'agisse d'une demande esthétique ou que le patient présente de réelles dyschromies, l'omnipraticien ne peut rester insensible à la demande croissante d'éclaircissement des dents. Certains produits, destinés à une auto-application, sont distribués directement au public mais leurs résultats s'avèrent, la plupart du temps, insatisfaisants. La compétence du professionnel reste essentielle pour déterminer le traitement adéquat et la réponse technique adaptée qui dépendront de l'examen attentif de la denture du patient. Souvent, un simple traitement chimique est suffisant. Dans d'autres situations, un traitement associant des techniques de restauration à l'éclaircissement peut s'avérer nécessaire.

Identifier l'origine de la dyschromie permettra d'établir l'axe thérapeutique des traitements. Selon que les dents atteintes sont vivantes ou que la dyschromie est la conséquence d'un traitement endodontique, les techniques de blanchiment feront l'objet d'applications opératoires différentes.

Par l'alternance de séquences théoriques et pratiques, le TP de la SOP permettra aux participants d'identifier les enjeux du blanchiment et de disposer ainsi des réponses techniques à la demande de leurs patients.

Pose de digue

Les exigences de l'endodontie moderne, telles que publiées en septembre 2008 par la HAS (*Bon Usage des technologies médicales : le traitement endodontique*), obligent à un contrôle sans faille du risque infectieux iatrogène par l'usage impératif de la digue. Si sa pose s'avère simple pour les dents intactes évoluées sur l'arcade, les impératifs d'étanchéité et de sécurité sont difficiles à respecter sur les dents délabrées, en évolution ou piliers d'un bridge. Ces situations exigent une stratégie adaptée et des solutions techniques efficaces.

Après un exposé sur les bénéfices de la digue (gain en temps, accès, vision ergonomie et confort), les participants pourront expérimenter différentes situations de pose de digue selon des difficultés graduées, en endodontie, en prothèse ainsi qu'en dentisterie restauratrice. Une équipe d'animateurs expérimentés encadrera les participants. À l'issue du TP, les participants disposeront de la capacité de choix du matériel le plus approprié afin d'optimiser les performances de la digue. Formés à une technique simple et polyvalente et disposant de réponses concrètes aux problèmes spécifiques de l'omnipratique, les participants pourront aborder avec confiance la pose de la digue dès leur retour au cabinet. ■

Maîtriser des stratégies adaptées et développer des solutions techniques efficaces en matière de blanchiment des dents et de pose de digue : voilà l'objectif du TP de la SOP.

Évaluez-vous !

- La pose de la digue est-elle obligatoire ou indispensable pour un traitement endodontique ?
- Disposez-vous d'un protocole moderne de pose de digue applicable à la majorité des actes ?
- Quel avantage représente le blanchiment réalisé au cabinet par rapport à un traitement fait à domicile par le patient ?
- Dans quel cas faut-il privilégier l'utilisation du mélange eau-perborate de sodium ?

Inscrivez-vous !

FORMATIONS SOP 2009

TRAVAUX PRATIQUES

Jeudi 1er octobre 2009 – Paris 14e – Marriott Paris Rive Gauche Hôtel

Bulletin d'inscription et tarifs en page 24

TRAVAUX PRATIQUES 2009
Inscrivez-vous dès à présent!

**Cette année, les TP de la SOP auront lieu le jeudi 1er octobre 2009.
Des petits groupes de cinq à dix praticiens animés par des enseignants triés sur le volet pour perfectionner votre pratique.
Les travaux pratiques de la SOP, souvent imités, jamais égalés!**

- **Prothèse sur implants (TP 1).** Destiné aux omnipraticiens non formés à la pratique implantaire, ce TP met l'accent sur la manipulation des différentes pièces prothétiques dans trois systèmes implantaires (Camlog®, Nobel Biocare® et Zimmer®) et sur l'acquisition des principes essentiels en prothèse sur implants.

- **Chirurgie implantaire (TP 2).** Ce tout nouveau TP a pour objectif de doter les omnipraticiens des bases nécessaires pour effectuer leurs premiers pas en chirurgie dans des cas simples. Au programme : manipulations et mise en place d'implants en technique enfouie et non enfouie.

- **Occlusion (TP 3).** Une formation pour tout apprendre sur les traitements des algies et dysfonctionnements de l'appareil manducateur et l'utilisation des articulateurs en dentisterie restauratrice, grâce à la mise en scène de cas cliniques simples ou plus complexes.

- **Reconstitutions corono-radiculaires (TP 4).** Porté par la grande diversité des techniques de restauration, le TP *« Reconstitutions corono-radiculaires »* fait son retour. À découvrir : les indications des diverses méthodes à disposition pour réussir la restauration d'une dent dépulpée.

- **Prothèses fixées (TP 5).** Scellement ou collage ? Bridge collé ou onlays ? Céramo-métallique ou céramo-céramique ? Un panorama complet des préparations en prothèse fixée pour identifier et déjouer tous les pièges de la discipline.

- **Urgence-réanimation (TP 6, complet).** Il est malheureusement déjà trop tard pour s'inscrire à ce TP, destiné à former les praticiens à réagir efficacement à une urgence médicale. Les candidats devront attendre 2010 !

- **Plan de traitement pluridisciplinaire (TP 7).** Un TP pour acquérir une méthodologie rigoureuse et concrète de diagnostic, d'information de son patient et de structuration du travail en équipe au cabinet dentaire.

- **Orthèses mandibulaires (TP 8).** Prise d'empreinte linguale, choix du dispositif, titration de l'orthèse… Un TP pour se doter de toute la panoplie thérapeutique dans le traitement des syndromes d'apnée obstructive du sommeil (SAOS).

- **Facettes de céramique collées (TP 9).** Cette formation interactive se donne pour ambition d'apprendre au praticien à maîtriser totalement ses préparations pour facettes de céramique, quel que soit le cas clinique.

- **Parodontie – chirurgie muco-gingivale (TP 10).** Grâce à la mise à disposition de mâchoires animales, ce TP met l'accent sur les indications de chirurgie muco-gingivale et de chirurgie plastique parodontale telles que les greffes épithélio-conjonctives ou de tissu conjonctif enfoui.

PARTENAIRE EXCLUSIF : MACSF

1er OCTOBRE 2009
DE 9 H À 18 H

- **Instruments ultrasonores (TP 11).** Devant la forte demande générée par ce TP, un temps annoncé complet, de nouvelles places viennent d'être ajoutées. Au programme : acquisition de tous les aspects du fonctionnement et de l'utilisation optimisée de l'appareillage ultrasonore.

- **Blanchiment et pose de digue (TP 12).** Divisé en deux parties riches en manipulations, ce TP apporte toutes les réponses techniques pour réussir l'éclaircissement des dents et maîtriser la pose de digue.

- **Endodontie : système ProTaper (TP 13).** Au travers de nombreuses manipulations sur bloc ou dents naturelles, les participants apprendront à maîtriser l'instrument de mise en forme canalaire ProTaper ® et à optimiser leur technique d'obturation.

- **Endodontie : système Race (TP 14).** Une alternance de modules théoriques et pratiques pour acquérir aussi bien la gestuelle spécifique au système Race® que les protocoles qui permettront d'en optimiser l'utilisation. ■

BULLETIN D'INSCRIPTION

TRAVAUX PRATIQUES

❑ **TP 1** • **Prothèse sur implants**
Responsable scientifique : Hadi Antoun

❑ **TP 2** • **Chirurgie implantaire** NOUVEAUTÉ
Responsable scientifique : Corinne Touboul

❑ **TP 3** • **Occlusion**
Responsables scientifiques :
Bernard Fleiter, Dominique Estrade

❑ **TP 4** • **Reconstitutions corono-radiculaires** NOUVEAUTÉ
Responsable scientifique : Jacques Déjou

❑ **TP 5** • **Prothèses fixées**
Responsable scientifique : Hervé Choukroun

❑ **TP 6** • **Urgence-réanimation** COMPLET
Responsable scientifique : Thérèse Arvis

❑ **TP 7** • **Plan de traitement pluridisciplinaire**
Responsables scientifiques :
Éric Hazan, Éric Serfaty

❑ **TP 8** • **Orthèses mandibulaires**
Responsable scientifique : Marc Roché

❑ **TP 9** • **Facettes de céramique collées**
Responsable scientifique : Claude Launois

❑ **TP 10** • **Parodontie / Chirurgie muco-gingivale**
Responsable scientifique : Bernard Schweitz

❑ **TP 11** • **Instruments ultrasonores**
Responsable scientifique : Gilles Gagnot

❑ **TP 12** • **Blanchiment et pose de digue**
Responsables scientifiques :
Jean-Jacques Louis, Richard Kaleka

❑ **TP 13** • **Endodontie : système ProTaper**
Responsables scientifiques :
Pierre Machtou, Dominique Martin

❑ **TP 14** • **Endodontie : système Race**
Responsable scientifique : Bertrand Khayat

TARIF SPÉCIAL HÔTEL
220 €

Offre réservée aux participants : 220 euros la chambre single ou double pour la nuit du 30 septembre au 1er octobre 2009 au Marriott Paris Rive Gauche Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (préciser Journée SOP) Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

MARRIOTT PARIS RIVE GAUCHE HÔTEL
17, BD SAINT-JACQUES – 75014 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris

ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs**
Inscription avant le 12 juin 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 320 € ; autres : 380 €.
Inscription après le 12 juin 2009 – membres SOP et FSSOSIF : 360 € ; autres : 420 €.

JSOP0609

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

Midwinter 2009, l'art dentaire en direct des USA

Midwinter 2009 : la crise, mais quelle crise ?

Des salles de conférence bondées, beaucoup d'interventions portant sur les techniques de restauration directe en composite, sur l'implantologie, une pincée d'endo, un doigt d'esthétique, un peu de paro… rien que de très normal cette année à Chicago. Et pourtant, la crise est bien là…

AVANT MÊME de poser le pied à Chicago pour le 144e *Midwinter Meeting*, organisé du 26 février au 1er mars 2009 par la Chicago Dental Society, nous étions à peu près certains de titrer cet article sur la crise, qui ne manquerait évidemment pas d'être présente sur le sol des États-Unis, comme les médias se font fort de le rappeler quotidiennement. Et l'on se trompait presque… Car le Magnificent Mile – autre nom de Michigan Avenue –, la principale artère de Chicago, est toujours aussi *magnificent*. Les *mauls* semblent certes un peu moins fréquentés, mais il est toujours aussi délicat de trouver une table pour dîner dans les restaurants de la ville. Les Américains semblent avoir gardé le sourire et consomment toujours autant de *margaritas* et de *mojitos* en entonnant des chansons populaires dans les bars de Rush Street…

> *« C'est finalement dans le ratio entre conférences cliniques et « économiques » qu'il faut voir les signes de la rigueur, même si ce virage est amorcé depuis quelques années déjà. »*

Voilà pour l'ambiance urbaine et l'on peut dire qu'il en était de même pour le congrès scientifique, puisque les salles de conférence étaient bondées dès que le thème se révélait attractif. Les thèmes de conférence, parlons-en : on pourrait croire la prothèse conventionnelle complètement désuète tant l'importance que lui ont consacré les conférenciers a paru insignifiante. Ont surtout été privilégiées les techniques de restauration directe en composite, déclinées sous tous les angles : antérieures, postérieures, esthétiques, plus faciles, plus rapides, etc. En général présentée comme une solution sans risque et fiable à 100 %, l'implantologie était également omniprésente avec en tête d'affiche la désormais sacro-sainte *« extraction-implantation immédiate »*, censée être à la portée de tous et répondre à presque tous les cas de figure.
Ajoutez à cela une portion d'esthétique, un zeste d'endodontie, une petite part de parodontie et vous obtiendrez les trois-quarts du contenu du programme de ce congrès généraliste. Le dernier quart était constitué de conférences sur le management et l'organisation des cabinets dentaires américains qui, avec leurs larges équipes (plusieurs assistantes, des hygiénistes, des chargés de communication et des

secrétaires commerciales), n'ont pas grand-chose à voir avec ce qui se fait communément chez nous. Et c'est finalement, peut-être, dans ce ratio entre conférences cliniques et conférences « économiques » qu'il faut voir les signes de la rigueur, même si ce virage est amorcé depuis un certain nombre d'années. Faut-il rappeler qu'en 2004 le congrès avait pour thème « *The Business of Dentistry* » ?
Alors, crise ou pas crise ? C'est au sein de la monumentale exposition de matériel que nous avons trouvé un élément de réponse tangible. Tous les exposants étaient présents ou presque, exception faite de telle ou telle grande marque, comme pour signifier que tout n'était pas tout à fait normal. Mais, la présence massive des industriels dentaires était-elle bien nécessaire, alors que les visiteurs, eux, étaient absents ? Jamais l'accès aux stands ne nous avait semblé aussi facile et les allées du Midwinter si peu encombrées. Finalement, cette ambiance assez triste donnait à cette manifestation une atmosphère bien réelle… de crise. ●

Le compte rendu de ce Midwinter 2009, coordonné par Hervé Choukroun, a été réalisé grâce aux contributions de Philippe Safar, Bernard Schweitz et Philippe Viargues.

DENTISTERIE RESTAURATRICE

Une matrice *ad hoc* pour une restauration directe en composite efficace

Le Pr J. Hamilton a présenté un intéressant procédé qui permettrait, selon lui, d'éviter les retouches et le polissage dans 40 % des cas.

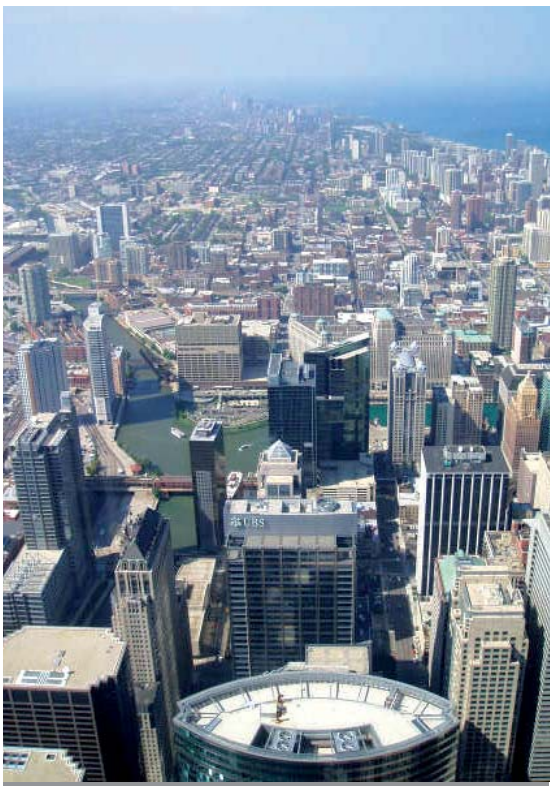
Parmi les conférences qui ont marqué ce Midwinter 2009, on citera celle du Pr J. Hamilton, qui se propose de rendre la réalisation de nos restaurations directes en composite plus faciles et rapides tout en en améliorant la qualité.
Le procédé, qui s'apparente plus à un tour de main qu'à une véritable révolution, permet, selon l'orateur, d'éviter toute retouche et toute manœuvre de polissage dans 40 % des cas. Le principe général consiste à réaliser une matrice sur mesure avant le début du traitement. Cette matrice est réalisée avec du silicone transparent habituellement utilisé pour l'enregistrement de l'occlusion. Ce procédé peut s'appliquer à presque toutes les situations cliniques, mais il présente plus ou moins d'intérêt selon les cas.

UN TRAITEMENT SPECTACULAIRE

Le cas le plus favorable et le plus spectaculaire pour cette technique est celui des caries proximales sans atteinte de la face occlusale. Dans cette situation, une matrice de type « Tofflemire » est installée sur la dent à traiter avant toute intervention, puis le silicone transparent est injecté sur l'ensemble de la face occlusale sur une épaisseur d'un à deux millimètres. La partie supérieure de ce silicone est aplanie par l'apposition immédiate sur cette surface d'une portion de bande matrice transparente, qui est très légèrement maintenue en place pendant la polymérisation du silicone.
Le silicone est ensuite retiré, et les éléments qui pourraient rendre difficile son repositionnement sont éliminés avec une lame de bistouri n° 12 tout en conservant des repères qui permettront un repositionnement précis, comme la rainure créée aux dépens du silicone par la partie occlusale de la matrice métallique. On dépose ensuite la matrice et l'on réalise la préparation de la cavité et le nettoyage du tissu carié de façon tout à fait habituelle.

SAVOIR ÉVALUER LA QUANTITÉ DE COMPOSITE NÉCESSAIRE

La matrice « Tofflemire » est ensuite repositionnée, puis l'on passe à la réalisation de l'obturation. Le composite est monté par couches successives superposées et, lors de la polymérisation de la dernière couche, on repositionne la matrice de silicone sur la partie occlusale de la restauration et réalise la photopolymérisation à travers en la maintenant avec une pression importante.
On obtient ainsi d'emblée une morphologie parfaite de la restauration ainsi qu'un état de surface idéal grâce à la qualité de fidélité de reproduction du silicone. Aucune retouche n'est alors nécessaire, à l'exception de l'élimination, à la sonde, de petits « flashs » de composite en vestibulaire et en lingual.
Le seul écueil de cette technique réside dans l'évaluation de la quantité de ↘



composite que l'on utilisera lors de l'insertion du dernier incrément. En cas de surévaluation, on aura des difficultés à repositionner le silicone et il faudra passer du temps à éliminer les excès après polymérisation, ce qui annihile l'intérêt de la technique. En cas de sous-évaluation, la pression de la matrice siliconée ne sera pas efficace et l'on aura des lacunes dans la restauration.

DES APPLICATIONS MULTIPLES

Ce principe de la matrice sur mesure étant posé, il est alors applicable à bien d'autres situations cliniques. Pour toutes les restaurations antérieures, la matrice sur mesure est réalisée par simple injection du silicone sur la zone à restaurer, sans mise en place préalable d'une matrice métallique. Cette technique peut être intéressante pour les restaurations vestibulaires (réalisation de facettes en méthode directe ou importante classe V). La matrice siliconée est alors réalisée en occlusion ce qui assure un parfait repositionnement lors de la polymérisation.

Si de gros délabrements sont constatés avant la réalisation, il convient de combler rapidement les cavités. Pour ce faire, J. Hamilton nous propose d'utiliser une cire molle facile à lisser avec un doigt ganté. Si d'importantes modifications de formes sont envisagées, il convient alors de passer par une étape de *wax-up* et de réaliser le guide de silicone sur le modèle modifié. Un exemple de modification de formes d'incisives latérales naines a été présenté, où le composite a été préalablement déposé à l'intérieur du guide, puis mis en bouche pour être polymérisé.

L'intérêt de cette technique est évident pour la reconstitution de dents sous des prothèses adjointes. Il est désormais aisé de reformer une dent à l'identique grâce à cette matrice sur mesure réalisée préalablement et d'avoir un repositionnement parfait de la prothèse. ●

ENDODONTIE

Défense et illustration du Resilon®

Pour Richard Mounce, le Resilon® est au moins aussi performant que la gutta-percha. Un enthousiasme à pondérer, même si ce point de vue est intéressant s'agissant des nouvelles techniques d'obturation à base de matériaux collés en résine.

Le Dr Richard Mounce, de Vancouver, aura donné cette année une très intéressante conférence sur l'obturation tridimensionnelle du système canalaire par condensation de gutta-percha et par les techniques d'obturations endodontiques à base de matériaux collés en résine. Dans un premier temps, la notion de longueur d'obturation est précisée. Elle est déterminée en fin de préparation canalaire par le localisateur d'apex et, surtout, confirmée par l'utilisation de pointes de papier qui doivent montrer une zone humide ou sanglante à leur extrémité. La zone humide doit être comprise entre 1 mm et 2 mm et se retrouver de façon répétitive sur plusieurs pointes de papier successives. Ce procédé donne de manière très sûre une longueur correcte. L'ajustage du maître cône s'établit à 0,5 mm de cette longueur d'obturation en obtenant à cette distance une sensation de résistance au retrait.

Toutes les techniques d'obturation utilisant un maître cône, telles que la condensation verticale, horizontale, le système B ou des obturateurs de type Thermafil®, sont considérées comme répondant au cahier des charges de l'obturation tridimensionnelle.

PEU DE MODIFICATIONS DES TECHNIQUES OPÉRATOIRES

Une large partie de la conférence a été consacrée aux obturations endodontiques collées avec le Resilon® et le ciment Epiphany®. Ces nouveaux matériaux présentent, selon notre conférencier, l'intérêt majeur d'impliquer peu de modifications des techni-

ques opératoires. Le seul changement concerne l'obligation d'élimination de la boue dentinaire en fin de préparation canalaire afin de permettre le collage aux parois radiculaires. Le dernier rinçage devra donc être réalisé avec une solution d'EDTA.
Les inquiétudes quant au retraitement et à la création d'un éventuel logement canalaire sont rapidement dissipées par le conférencier : pour Richard Mounce, le Resilon® peut être dissous par le chloroforme, éliminé par la chaleur ou fraisé par des forets adaptés. Pour promouvoir le Resilon®, Richard Mounce s'appuie sur une étude qui montre une diminution significative de l'inflammation périradiculaire par rapport à une dent obturée à la gutta-percha.

LA NÉCESSITÉ D'UN ACCÈS DIRECT ET AISÉ AU CANAL

Dans les cas d'obturation avec un obturateur, il est intéressant de noter une véritable liaison entre le tuteur et le Resilon® ce qui n'est pas le cas pour les Thermafil® entre le tuteur et la gutta-percha. Il est rappelé que, pour utiliser cette technique, un accès direct et aisé au canal doit être disponible.
Des instruments spécifiques sont nécessaires pour injecter le composite de scellement dans les canaux. Ils présentent des embouts fins, de diamètres variables, selon la préparation canalaire et sont, bien sûr, munis de stops pour en contrôler l'enfoncement. Les fouloirs endodontiques utilisés sont fort semblables à ceux que l'on utilise pour la gutta-percha. On sait que les plus grandes causes d'échecs endodontiques sont les percolations radiculo-coronaires, les fractures, les canaux oubliés. Selon Richard Mounce, la gutta-percha présente plusieurs inconvénients :

- Elle ne permet pas de véritable scellement du système endodontique ;
- Le succès des traitements à la gutta-percha ne dépend que du scellement coronaire ;

Le hall d'exposition lors du dernier congrès du Midwinter.

- Elle ne permet pas de collage au composite de reconstitution ;
- Elle ne permet pas de collage à la dentine ;
- Elle contient du polyisopropène qui se résorbe et pourrait provoquer des lacunes importantes dans les canaux de manière différée (à environ 15 ans).

UN RECUL ENCORE MODESTE

Au contraire, le Resilon® permettrait en premier lieu une parfaite homogénéité de l'obturation endodontique avec une liaison forte entre le matériau d'obturation et le composite de scellement puis, en second lieu, un collage à la paroi canalaire avec une pénétration de 50 µm à 100 µm dans les tubuli dentinaires. Selon 13 études récemment parues, le Resilon® présenterait une meilleure résistance que la gutta-percha et, en tout état de cause, selon l'orateur, absolument rien ne peut être retenu à ce jour contre ce produit, qui est en tout point au moins aussi performant que la gutta-percha, et meilleur dans certains cas.
La communication s'est achevée par un point sur les solutions d'irrigation. Mounce utilise pour les dents vivantes l'hypochlorite de sodium, mais donne sa préférence à la chlorhexidine dans les cas de dents nécrosées ou pour les reprises de traitement, en raison d'un spectre d'action antibactérienne plus large. En cas d'utilisation d'une obturation à base de résine, le dernier rinçage doit être fait avec une solution d'EDTA pour éliminer la *smear layer* et permettre le collage.
Il a été intéressant de voir ces « *nouvelles techniques* » exposées par un de leurs farouches partisans et promoteurs. Il conviendra toutefois de pondérer l'enthousiasme de Richard Mounce avec l'avis de nos spécialistes, qui nous montrent régulièrement des résultats irréprochables avec des techniques « conventionnelles », éprouvées et qui, eux, bénéficient d'un recul bien plus important sur leurs travaux. ●

IMPLANT ANTÉRIEUR

Quel résultat esthétique pour quelle technique ?

Le Pr Joseph Kan a présenté le résultat de deux de ses récents travaux en implantologie. Une démonstration claire et précise.

LORS DE SA CONFÉRENCE, le Pr Joseph Kan a livré les résultats des différents travaux qu'il a menés sur les résultats esthétiques obtenus à l'aide d'implants en fonction des cas cliniques ou des techniques choisis. La première étude a été réalisée sur un an et inclut 8 hommes et 27 femmes âgées de 18 à 65 ans [1]. 35 implants ont été placés immédiatement après l'extraction et ont reçu une couronne provisoire. La restauration définitive est placée après 6 mois. Les patients sont évalués cliniquement et par radiographie à 3, 6 et 12 mois. À 12 mois, tous les implants sont ostéo-intégrés. Après 12 mois, la perte osseuse mésiale est évaluée à -0,26 +/- 0,4 mm. La perte distale est évaluée à -0,22 +/- 0,28 mm.

À propos de la gencive, les niveaux au collet médian et les papilles mésiales et distales sont respectivement de -0,55 +/- 0,53, -0,53 +/- 0,39 et -0,39 +/- 0,4. Tous les patients sont satisfaits des résultats obtenus. Le Pr Kan conclut cette étude en nous expliquant que l'extraction/implantation immédiate avec pose d'une couronne provisoire constitue une technique fiable pour l'ostéo-intégration et l'esthétique lors de la restauration d'un secteur antéro-supérieur à l'aide d'implants.

Il nous propose d'étudier ensuite une autre de ses études publiées également en 2003 dans la *RIPDR*, vol. 3. 23 patients âgés de 25 à 63 ans présentant des défauts osseux reçoivent des implants immédiatement après extraction et mise en place d'une couronne provisoire. Les défauts osseux sont supérieurs à 3 mm et nécessitent l'utilisation d'une technique de régénération osseuse guidée (Bio-Oss + Bio Gide). Les patients sont réévalués après une année. À un an, 23 implants sont corrects, sans perte supérieure à 1 mm. Une perte gingivale supérieure à 1,5 mm a été notée dans :

- 8,3 % des cas en présence d'un défaut vestibulaire seul (défaut noté V) ;
- 42 % des cas en présence d'un défaut vestibulaire mésial et distal (défaut noté U) ;
- 100 % des cas en présence d'un défaut vestibulaire mésial et distal s'étendant aux dents collatérales (défaut noté UU).

Le type de gencive (épais ou fin) est aussi étudié. Au vu des résultats, Joseph Kan insiste sur l'importance de la prise en compte du type de défaut auquel on est confronté et de la qualité de la gencive afin de choisir le bon plan de traitement. Dans les cas U et UU, le Pr Joseph Kan pense qu'il faut renoncer à l'implantation immédiate et préférer une implantation retardée après avoir réalisé une greffe. Comme à l'accoutumée, les démonstrations du Pr Joseph Kan sont toujours très claires, bien argumentées et enrichies d'une iconographie de qualité. ●

(1) Publiée dans le *JOMI*, vol. 18, n° 1, 2003.

Les huit clés de la réussite esthétique selon Priest

C'est sur la base d'une expérience acquise depuis plus de 20 ans en prothèse sur implants que le Dr G. Priest a exposé dans sa conférence les techniques éprouvées et les protocoles qui mènent à l'esthétique. Il inscrit son discours dans le cadre de la pluridisciplinarité et de la communication avec le patient. Selon lui, les huit clés de la réussite sont :

1. Communiquer avec son équipe pour gagner la confiance des patients ;
2. Prévisualiser le résultat ;
3. Préserver et préparer le site ;
4. Réaliser un guide pour la mise en place des implants ;
5. Susciter une régénération tissulaire des tissus mous ;
6. Choisir et préparer ses dents d'appui ;
7. Communiquer avec le laboratoire ;
8. Faire en sorte que tout soit harmonieusement intégré.

Cas cliniques à l'appui, G. Priest fait la démonstration de son talent et présente notamment le cas d'un patient âgé de 35-40 ans qui présentait une ligne intercisive maxillaire totalement déplacée vers la droite par rapport à la ligne interincisive mandibulaire.

Le patient est demandeur sur le plan esthétique. L'arcade maxillaire à droite comportait toutes les dents sauf la 15 et, à gauche, toutes les dents jusqu'à la troisième molaire. Priest a profité de l'absence d'une 15 pour extraire une prémolaire à gauche, la 25, déplacer les dents vers la gauche, et réaliser un implant à droite, à la place de la prémolaire absente.

La réalisation était assez spectaculaire et toute l'assistance a participé comme dans un jeu interactif à l'élaboration du plan de traitement.

DENTISTERIE ESTHÉTIQUE ET IMPLANTAIRE

Les nouvelles céramiques passées au crible de Markus Blatz

Pour Markus Blatz, études rigoureuses à l'appui, les nouvelles céramiques sont indiquées pour les dents naturelles, mais également pour les restaurations que supportent des implants.

On aura assisté, avec l'intervention de Markus Blatz, à la brillante présentation d'un nouveau venu sur la scène des conférenciers de talent. Markus Blatz montre des matériaux, discute des protocoles avec pertinence et s'applique à clarifier les mythes et les règles qui régissent les modalités de la réalisation prothétique et esthétique. Il aborde également le problème du scellement et des collages, des technologies CAD/CAM et de leurs implications dans le défi des restaurations peu invasives mais qui ont fait leur preuve sur un certain long terme. Pour lui, les nouvelles céramiques ne sont pas à utiliser seulement pour les dents naturelles, mais également pour les restaurations que supportent des implants. Et il le prouve par des travaux présentés sur grand écran, à une échelle qui ne laisse place à aucune critique.

Pour Markus Blatz, *wax-up* et *mock-up* sont indispensables [1]. Ils permettent de prévisualiser avec des apports de composite ce que donne l'œuvre terminée, ce qui est essentiel pour communiquer avec le patient. Cela fait partie d'une première analyse fonctionnelle et esthétique. Dans une deuxième partie, Markus Blatz traite des classes de céramique.

Les facettes, pour lesquelles, si on reste dans l'émail lors de la préparation, on obtient 100 % de chances de succès, permettent d'être très peu invasif, peu sous-gingival et même supragingival. Il convient de suivre strictement la morphologie de la dent dans ses courbes, sur la face vestibulaire et de réaliser une réduction incisive de 1 mm à 2 mm. Les contacts interdentaires doivent être supprimés pour obtenir un meilleur rendu esthétique, et un épaulement doit être préparé. On utilise pour les réaliser au laboratoire des céramiques feldspathiques renforcées de cristaux de leucite. Elles seront collées après un *etching* au niveau amélaire et une silanisation de l'intrados de la pièce prothétique. Le matériau de collage sera soit :

- *Light cure :* Insure, RelyX® Veneer ;
- *Dual cure :* Clearfil® Esthetic, Vario-Link®, Panavia® F ;
- *Self cure :* Panavia® 21.

La préférence du conférencier va au *light* et au *dual cure*.

Pour les inlays et les onlays de céramique, il recommande une préparation permettant d'avoir 2 mm d'épaisseur au minimum, 5° à 15° de convergence, un angle cavo-superficiel de 90°. L'assemblage se fera par collage selon le protocole suivant :

Au niveau de l'intrados de la pièce prothétique :

- Acide *etchant* : Porcelain Etch d'Ultradent et acide fluorhydrique (HF à 9 %) ;
- Rincer ;
- Secher ;
- Silaner : Clearfil® (agent de couplage), *ceramic primer*.

Pour la préparation :

- Nettoyer ;
- Air Abrasion (sableuse) ;
- Eau ;
- Utilisation du Panavia® F pour le collage.

Markus Blatz s'appuie sur les données débattues au 7e Symposium international de Paris sur la céramique en 1988. Concernant le Procera®, il fait état d'une étude parue dans *Quintessence* sous sa signature en 2008. C'est une étude *in vitro* au cours de laquelle il simule 1,2 million de cycles de charges, ce qui correspond à cinq ans de travail intraoral. Il conclut que tous les ciments et les *bondings* conviennent, mais les collages apportent un plus dans :

- La résistance (ténacité) du matériau céramique ;
- La qualité du joint marginal.

Markus Blatz propose un cas clinique sur lequel deux incisives médianes mandibulaires manquent. Il réalise deux bridges *cantilevers* indépendants sur les dents adjacentes (42 et 32) avec une ailette pour l'extension en zircone et un onlay enveloppant incrusté, collé sur la dent support. Il colle avec les mêmes matériaux que pour la céramique Procera®. Il avance que les statistiques donnent :

- 73,9 % de succès quand il y a deux supports ;
- 92,3 % de succès quand il n'y en a qu'un seul [2].

Il recommande d'éviter la zircone sur les implants en titane du fait du risque d'usure lors de la friction de la céramique sur le métal au cours de la mastication. Il en va de même sur les reconstitutions en alumine du fait d'une moins grande résistance à l'usure. ●

(1) *Mock-up* : lire le *JSOP* n° 6, juin 2008, p. 25, consacré au Midwinter 2008.

(2) KERN *Quintessence International*, 2005-36, pp. 141-147.

COURONNES CÉRAMO-CÉRAMIQUES

Intégrer les céramiques dans une pratique de l'esthétique

Une intéressante conférence de Dan Nathanson nourrie de ses études et travaux sur les nouvelles céramiques.

DANS UNE CONFÉRENCE consacrée à l'intégration des nouvelles céramiques dans une pratique de l'esthétique, Dan Nathanson a en premier lieu passé en revue et classé les différentes céramiques comme suit :

- Les conventionnelles (ou traditionnelles) feldspathiques cuites sur armature métal qui ont 20 % de retrait ;
- Les pressées, de type Empress® ;
- Les infiltrées, de type In-Ceram® ;
- Les alumines et zircones : Procera®, Lava®, Cercon® ;
- Les verres de silicate de lithium : e.max®.

Pour éviter les fractures qui surviennent au niveau des infrastructures des faces occlusales de molaires, Dan Nathanson recommande de renforcer les pointes cuspidiennes de la cupule en zircone. Les fractures sont liées à la différence entre le coefficient de dilatation de la céramique servant pour l'infrastructure et celui de la céramique cosmétique.

Pour éviter les fêlures, on comprendra aisément que, si les coefficients sont très voisins, voire similaires (avec un coefficient à peine supérieur pour la céramique de recouvrement), on obtiendra la céramique la mieux proportionnée, la moins susceptible à la fracture.

RÉSISTANCE À LA FRACTURE : TOUT DÉPEND DU *BONDING*

C'est dans cette catégorie que Dan Nathanson range la céramique KATANA, qu'il considère aujourd'hui comme la meilleure.

S'agissant de résistance à la fracture, tout dépend du *bonding*, explique Dan Nathanson. Lorsque l'on teste un matériau, ce n'est pas le matériau brut mais le matériau collé qui est testé. Les trois types de céramique testés sont silanés et collés au Panavia® 21. Voici le résultat des expérimentations [1] :

- Empress® : 240 MPa ;
- In-Ceram® : 350 MPa ;
- Procera® : 650 MPa.

Par comparaison, le matériau seul pris sous la forme d'une éprouvette brute donne les résultats suivants :

- Empress® : 49 MPa ;
- In-Ceram® : 36 MPa ;
- Procera® : 37 MPa.

(C'est donc bien le facteur collage qui intervient.)

Il s'avère, à la suite d'études effectuées par Nathanson comparant les In-Ceram® copings, In-Ceram® Spinell, In-Ceram® Zirconia coping et, enfin, In-Ceram® Zirconia YZ coping que le zirconia YZ stabilisé est de loin le meilleur matériau, et que l'épaisseur de 0,5 mm utilisée correspond à la moyenne la mieux tolérée sur le plan de la résistance du matériau.

LES TRAITEMENTS DE LA ZIRCONE

S'agissant de la céramique zircone, il faut la polir car cela augmente sa résistance et, si elle est passée à la sableuse, la résistance à la flexion est encore accrue :

- Brute : 750 MPa ;
- Polie : 950-1 000 MPa (mesurée sur Lava® et Zircon YZ) ;
- Sablée : 1 100 MPa.

Le traitement thermique (passage au four pour une durée de six heures), qui donne toutes ses qualités mécaniques à la zircone, pourra être effectué avant ou après l'étape de fraisage de la pièce prothétique, sans incidence sur la résistance finale du matériau.

Après évaluation par *scanning* de l'ajustage marginal et interne de toutes les céramiques, le Cercon® est le meilleur au niveau du joint et le Cerec®, le moins bon. ●

(1) Source bibliographique Neiva, Yaman, Pennison, dans le *J. M. Esthetic*.

ORTHODONTIE

Une approche pluridisciplinaire et brillante de l'édentation partielle

Vincent Kokich Junior a donné une conférence très précise et très complète en proposant une approche résolument pluridisciplinaire.

Le nom de Vincent Kokich est éminemment connu parmi les orthodontistes. Clinicien et conférencier hors pair depuis des décennies, notamment dans le domaine de l'esthétique du sourire, la simple présence de ce nom sur un programme scientifique assure un remplissage maximal des salles de conférences. Mais c'est le nom de Vincent O. Kokich, alias Vincent Kokich Junior, qui figurait sur le programme du Midwinter 2009. Il suffit de visiter le site Internet de leur cabinet d'orthodontie situé à Tacoma, Washington (http://www.kokichorthodontics.com), pour comprendre que la relève est assurée, au moins pour les conférences et les publications (si vous lisez l'anglais, tout est téléchargeable) !

ANALYSE DE BOLTON ET NOMBRE D'OR

Vincent O. Kokich a donné un cours sur l'approche pluridisciplinaire de l'édentation partielle. La conférence s'est assez rapidement orientée sur le secteur antérieur. La première partie était consacrée au traitement de l'édentement unitaire du secteur antérieur maxillaire, notamment au traitement des agénésies des incisives latérales. Le premier problème est celui de l'espace à créer afin d'obtenir un résultat esthétique. Outre la mesure de l'incisive controlatérale en cas d'agénésie unilatérale, les guides peuvent être l'analyse de Bolton et le nombre d'or. La réalisation d'un *set-up* initial donne l'assurance de l'obtention d'un résultat prévisualisé, et permet de ne pas « tâtonner » pour ménager l'espace souhaité.

Le remplacement de la dent manquante peut se faire par appui dentaire : bridge collé, bridge *cantilever* collé sur la canine. Pour ces deux options obtenues par collage, les paramètres décisionnels à considérer sont :

- L'*overbite* : un faible recouvrement est plus favorable ;
- L'inclinaison des dents : des dents plus « verticales » seront plus favorables ;
- La mobilité : une différence de mobilité a tendance à provoquer un décollement ;
- Le volume de la pulpe car des logements dentinaires sont à réaliser ;
- La translucidité des dents en raison de l'opacité de l'attelle palatine ;
- La présence de parafonctions qui augmentent significativement le risque de décollement.

UNE TROISIÈME OPTION

La troisième option thérapeutique est le bridge conventionnel, moins économe en tissus dentaires, mais restant indiqué lorsque les dents voisines ont des caries proximales, par exemple. Cette option est rare chez les patients jeunes. Afin de conserver la vitalité des dents piliers, il est avantageux d'avoir des axes dentaires semblables en fin de traitement orthodontique ainsi qu'une légère inocclusion, ce qui permettra une préparation dentaire plus faible de la face palatine des dents piliers. Enfin, un parodonte épais sera plus favorable à la stabilité des tissus.

Outre ces restaurations dento-portées, la mise en place d'un implant peut être envisagée. Il s'agit d'ailleurs de la première option choisie actuellement pour le remplacement d'incisives latérales manquantes. Le problème de la détermination de l'espace adéquat est identique à celui évoqué ci-dessus. Cela dit, il est nécessaire d'avoir au moins 5 mm mésio-distaux au niveau crestal pour placer un implant de petit diamètre (3,3 mm à 3,5 mm). Les nouveaux implants de 3 mm de diamètre en une seule pièce donnent une petite marge supplémentaire.

CRÉER UN VOLUME OSSEUX ADÉQUAT

La difficulté tient plus souvent dans l'obtention d'un espace suffisant pour le placement de l'implant au niveau radiculaire, les racines étant plus difficiles à déplacer que les couronnes dentaires. Il est important de préciser qu'il est parfois impossible de ménager un espace suffisant au niveau apical, notamment en présence de bases osseuses trop petites (convergence inéluctable des apex). Il faut alors se tourner vers des restaurations dento-portées.

L'agénésie ne permet pas le développement normal de la crête osseuse dans le site de la dent manquante. L'idéal est donc de laisser évoluer la canine en place de latérale pour ensuite la distaler, ce qui aura pour effet de créer un volume osseux adéquat dans le site de l'incisive latérale.

Enfin, on ne peut occulter le problème de la temporisation entre la fin du traitement orthodontique et la mise en place de l'implant. Les recommandations actuelles sont de repousser ↘

l'implantation au-delà de l'âge de 20 ans. La mise en place d'implants provisoire n'est pas conseillée car elle bloque le développement de l'espace édenté. Si une prothèse amovible constitue un moyen de temporisation courant, celle-ci peut provoquer une compression muqueuse et une hyperplasie gingivale. L'idéal reste une solution collée aux dents voisines.

ANALYSE DE L'EXCÈS GINGIVAL : UNE DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

L'après-midi a été consacrée à l'esthétique faciale et au traitement de l'excès gingival lors du sourire. Une étude intéressante a cherché à déterminer la limite à partir de laquelle la visibilité de la gencive lors du sourire est considérée comme inesthétique. Des photos de sourires avec une distance collets-lèvre supérieure allant de 0 mm à 4 mm ont été montrées à des orthodontistes, des dentistes et des patients. Globalement, la limite inesthétique était fixée à 3 mm, avec une situation idéale autour de 2 mm.

L'ensemble de la conférence a ensuite montré la démarche diagnostique de l'analyse de l'excès gingival afin d'appliquer le traitement adéquat. Six situations peuvent être à l'origine d'un excès gingival lors du sourire :

- Attrition dentaire et éruption compensatoire ;
- Éruption passive altérée ;
- Éruption active altérée ;
- Éruption antérieure excessive ;
- Excès vertical du maxillaire ;
- Lèvre courte hypermobile lors du sourire.

SIX TRAITEMENTS DISTINCTS

Les critères de diagnostic à évaluer sont les proportions dentaires pour déterminer s'il y a eu attrition ou éruption altérée. Le sondage parodontal permet de différencier une éruption passive altérée d'une éruption active altérée. La différence entre le plan occlusal et le plan incisal souligne une éruption excessive des dents antérieures, alors que la différence de visibilité des dents entre position de repos et sourire différencie une hypermobilité labiale d'un excès vertical du maxillaire. Une fois correctement diagnostiquées, ces six situations peuvent recevoir respectivement les traitements suivants :

- Élongation coronaire et reconstruction prothétique du secteur antérieur ;
- Gingivectomie ;
- Élongation coronaire avec ostéoplastie ;
- Intrusion orthodontique des dents concernées ;
- Chirurgie orthognatique ;
- Enfin, le traitement de l'hypermobilité de la lèvre a été proposé par injection de Botox dans les muscles peauciers responsables de la mobilité de la lèvre lors du sourire. Les résultats obtenus montrent une stabilité sur deux à trois ans. L'alternative est la chirurgie intrabuccale de la lèvre supérieure, plus invasive et vraisemblablement moins prévisible.

Cette conférence donnée par un orthodontiste fut riche en informations. Il fut d'ailleurs étonnant, et révélateur d'une vision totalement pluridisciplinaire, de constater que seules quelques diapositives de ce cours d'une journée venaient illustrer le traitement orthodontique seul. ●

EN MARGE DU MIDWINTER

La séance de l'Académie de dentisterie restauratrice

Ce qu'il faut retenir du rendez-vous annuel de l'Académie de dentisterie restauratrice, organisé à Chicago en marge du Midwinter.

Depuis 1928, l'Académie de dentisterie restauratrice organise son rendez-vous annuel à Chicago, à l'hôtel Drake, le dernier week-end de février. Une journée et demie de conférences parmi lesquelles nous avons retenu quelques présentations intéressantes. En voici les résumés.

UN TEST SALIVAIRE POUR SAUVER PLUS DE 10 000 VIES PAR AN

Jeffrey Okesson a abordé les relations entre l'occlusion et les désordres temporo-mandibulaires. Il a présenté un schéma de la pathogénie de ces troubles avec la notion actuelle des facteurs de risque que représentent l'occlusion, le traumatisme facial, le stress émotionnel, les douleurs profondes provenant d'autres sources que l'ATM et les parafonctions. Cette notion de risque plurifactoriel est déterminante pour le diagnostic et la prise en charge de ces pathologies. En réponse à ces facteurs de risque, l'adaptabilité du patient est sous contrôle génétique, biologique et hormonal.

Il fut intéressant de constater que, d'après le conférencier, les orientations futures des traitements se tourneront davantage vers la réponse de l'individu, en déterminant notamment les marqueurs génétiques de son adaptabilité.

David Wong a montré les résultats d'un travail récent sur le diagnostic des cancers buccaux. Ses conclusions sont que, parmi toutes les protéines salivaires présentes dans la bouche, l'analyse de la présence combinée de cinq protéines spécifiques peut permettre la détection précoce de cancers buccaux avec une sensibilité de 89 % et une spécificité de 90 %. D'après une étude statistique menée aux États-Unis, le test salivaire mis au point pourrait sauver plus de 10 000 vies par an.

À propos des papilles autour des implants, **Joseph Kan** a rappelé les notions récentes sur la prévisibilité de la présence de papilles gingivales en fonction du type de parodonte (épais et plats *versus* fin et festonné) et de la présence des septa osseux proximaux adéquats. Kan a présenté des données personnelles, encore non publiées, montrant que les implants ayant une émergence prothétique plus étroite que l'implant (Astra et Straumann Bone Level dans son étude) permettraient la conservation de septa osseux proximaux au-dessus du plateau implantaire. Les implants non pourvus de cette particularité avaient tendance à montrer un niveau osseux proximal en deçà de la jonction implant-pilier.

CONSERVATION DU VOLUME OSSEUX APRÈS EXTRACTION

Michael Stimmelmayr propose une technique chirurgicale de conservation du volume osseux après extraction dans le secteur antérieur. Il s'agit de préparer le site à implanter. Son approche consiste à extraire la dent concernée de façon atraumatique, sans lambeaux, puis de combler l'alvéole avec de l'os autogène ou une association os autogène/biomatériaux. Ensuite, un greffon destiné à la fermeture de l'alvéole est prélevé au palais. Ce greffon comprend une partie épithétialisée, qui a la forme et le diamètre de l'alvéole, et deux parties désépithélialisées, qui seront enfouies en vestibulaire et en palatin de l'alvéole. Ces parties désépithélialisées favorisent la revascularisation du greffon et épaississent la gencive vestibulaire.

En conclusion, nous voulons ici remercier le Dr Jean-Pierre Albouy, qui nous a aidés dans ce travail. ●

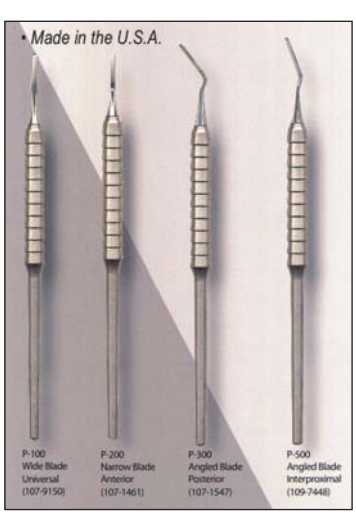
SALLES D'EXPOSITION

À défaut d'innovations, quelques curiosités intéressantes

On a notamment remarqué, dans les salles d'exposition du Midwinter 2009, des systèmes permettant la réalisation d'extractions de manière atraumatique. Visite guidée des quelques curiosités à retenir.

UNE EXPOSITION en mal de fréquentation, une ambiance assez terne et morose, pas de grande innovation cette année, mais quelques curiosités non dénuées d'intérêt.

Relevons chez **ATitan®** [1] une gamme étendue d'instruments permettant la réalisation d'extractions de manière atraumatique : des périotomes de quatre formes différentes qui semblent parfaitement étudiées. Une gamme d'instruments hybrides vient compléter la première, entre élévateurs et périotomes avec sept formes qui semblent pouvoir répondre à tous les cas. Toujours dans le même esprit, on trouve dans cette maison une excellente gamme de daviers à mors très fins destinés à finaliser ce genre d'extractions périlleuses. On trouve aussi



chez ATitan un kit d'extraction comparable à celui rencontré chez Brasseler. C'est un système qui se visse dans la racine à extraire. On le connecte ensuite à une pince activée par une mollette qui permet de développer une force importante, progressive et dans l'axe de la racine à extraire. Le système s'accompagne d'une gouttière qui permet de prendre appui sur les dents adjacentes. Ce système est comparable, dans son principe, à ce que nous connaissons pour la dépose des tenons avec le système de Gonon.

Plus étonnant encore, et toujours dans un but de réalisation d'extractions sans traumatisme de l'os, on a relevé le système mis au point par le Dr Golden et dont le célèbre Carl Misch fait la promotion : le **Physics Forceps®**. C'est une sorte de davier qui permet de réaliser toutes les extractions (sauf celles des dents de sagesse) de manière non chirurgicale. Un des mors du davier prend appui sur le rebord dentaire sain du côté palatin ou lingual de la dent, alors que l'autre appui se fait par l'intermédiaire d'une partie arrondie atraumatique sur la muqueuse vestibulaire au niveau de la ligne mucogingivale. Le mouvement réalisé est comparable à celui que l'on fait pour décapsuler une bouteille, très progressivement et sans à-coups [2].

Nous avons remarqué, chez **Premier**, une gamme très étendue de porte-empreintes à utiliser en occlusion, non seulement pour les secteurs latéraux mais aussi pour les zones antérieures et même pour les arcades complètes, à utiliser avec de l'alginate [3]. *Why not ?* Notons par ailleurs la toujours très intéressante gamme de produits, habituelle de cette firme, comme l'Hemodent®, liquide hémostatique et astringent remarquable. ●

(1) www.atitan.com
(2) www.goldenmisch.com
(3) www.premusa.com

FORMATIONS SOP 2009

L'omnipraticien, maître d'œuvre du traitement implantaire

jeudi 18 juin
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

Travaux pratiques

jeudi 1er octobre
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 23

Prothèse et occlusion

jeudi 15 octobre
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 11

Voyage-congrès Antilles

du 26 octobre
au 3 novembre

Bulletin d'inscription : p. 12

Toutes les informations, tous les comptes rendus *in extenso* sont consultables sur :
www.sop.asso.fr

Temporiser : le chemin direct vers le succès !

Temporiser, c'est prendre le temps de laisser l'organe dentaire réagir aux agressions que nous lui avons imposées. C'est aussi laisser le temps aux différents tissus dentaires et parodontaux de retrouver une anatomie « apaisée », et cela dans l'attente d'une réalisation prothétique ou d'un acte chirurgical additif (implant).

Tel est le message que nous ont tour à tour délivré Serge Bouillaguet, Jean-Christophe Paris, Xavier Assemat-Tessandier et Michel Pompignoli dans leurs domaines respectifs. L'un des grands messages à retenir de cette journée est qu'il faut parfois savoir attendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avant d'entreprendre la réalisation définitive afin d'éviter les complications post-prothétiques.

À titre d'exemple, sur un sujet que chacun pense maîtriser, souvent selon une méthodologie empirique, il n'a pas été anodin, tant par la présence des participants – plus de 500 – que par les nombreuses questions posées, de constater qu'en réalité la prothèse provisoire intéresse bon nombre de confrères, qui sont repartis avec des schémas directeurs de conception et de réalisation bien codifiés. Cette journée a été l'occasion de rappeler que tout omnipraticien consciencieux doit accorder autant d'importance au « transitoire » qu'au « définitif » sachant que la réussite du second ne peut se produire qu'en apportant une application extrême à la réalisation du premier. ■

Ce compte rendu de la journée, coordonné par Bernard Schweitz, responsable scientifique, a été réalisé grâce au concours de Béatrice Brucker, Delphine Rouxel, Renaud d'Heilly et Jildaz Le Courant.

SERGE BOUILLAGUET

Décider du moment favorable pour atteindre l'objectif clinique

En odontologie conservatrice et en endodontie, quelle attitude adopter face à différentes situations cliniques rencontrées en omnipratique ?

Situation clinique dans laquelle une temporisation s'impose avant toute décision dans le plan de traitement : assainissement parodontal, élimination des amalgames débordants, mise en place d'obturations temporaires…

Lors de la réalisation de restaurations coronaires indirectes, un adhésif permet d'étanchéifier immédiatement les tubules dentinaires. Sur cet adhésif, un matériau obture la cavité.

En odontologie conservatrice et en endodontie, temporiser signifie différer dans l'attente d'un moment plus favorable. En temporisant, on espère atteindre l'objectif thérapeutique avec un meilleur pronostic. Il s'agit ici de voir quelle attitude adopter face à différentes situations cliniques.

TEMPORISATION ET ODONTOLOGIE CONSERVATRICE

Lors de la phase d'assainissement de la cavité buccale, la temporisation consiste à nettoyer les lésions carieuses et à mettre en place des obturations temporaires afin de calmer la symptomatologie, favoriser la réponse pulpaire et se placer dans des meilleures conditions parodontales en vue de réaliser les obturations définitives.

• **Dans les cas de lésions carieuses proximo-pulpaires mais sans symptomatologie,** l'objectif principal est de conserver la vitalité pulpaire. Or, si on élimine la lésion en totalité, le risque d'effraction pulpaire est important. Le tissu dentinaire est perméable et les tubuli dentinaires peuvent constituer une voie de médication pour l'organe pulpaire qui agit sur l'inflammation située en regard de la zone cariée. Il est conseillé d'éliminer toute la lésion carieuse périphérique et de conserver la dentine juxtapulpaire (il a été démontré qu'on ne peut jamais garantir à 100 % l'élimination de la lésion carieuse ; il persiste toujours des bactéries dans les tubuli, mais l'étanchéité de l'obturation permet une cicatrisation). On applique un matériau à base d'hydroxyde de calcium – $Ca(OH)_2$ – de type PULPDENT® sur la plaie dentinaire.

• **Dans les cas de lésions carieuses proximo-pulpaires et symptomatiques chez le sujet jeune,** on peut utiliser un mélange d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires de type LEDERMIX® pour calmer la symptomatologie. L'excavation de la dentine cariée se fait lors d'une deuxième séance après six à huit semaines d'attente.

• **Pour la réalisation d'inlays-onlays en technique indirecte,** l'objectif de la temporisation est de protéger l'organe pulpaire en assurant l'étanchéité coronaire pendant la phase de réalisation des travaux de laboratoire. Pour éviter les risques de sensibilité on peut utiliser un adhésif dentinaire et un composite fluide en fond de cavité. Après préparation, on pourra obturer à l'aide d'un matériau à base de résine (Fermit N®, CLIP F®).

Les techniques modernes de collage permettent également de remonter les marges dans une zone supragingivale en cas de nécessité.

L'essentiel de la journée sur la temporisation, 22 janvier 2009

• **Le coiffage pulpaire direct** est indiqué lors d'une effraction pulpaire limitée, en l'absence de dentine cariée résiduelle et, de préférence, chez un sujet jeune. Après agrandissement du pertuis et désinfection à l'hypochlorite de sodium, on appliquera de l'hydroxyde de calcium ou du MTA *(Mineral trioxide aggregate)*. Après différenciation cellulaire et réorganisation des odontoblastes, on espère induire la production d'un pont dentinaire.

TEMPORISATION ET TRAITEMENT ENDODONTIQUE

• **Inflammation pulpaire irréversible ou pulpite.** La zone apicale étant indemne de toute inflammation ou infection, il est recommandé de ne pas entrer d'emblée dans l'ensemble du système canalaire. Dans un premier temps, on élimine les tissus carieux et l'on réalise une restauration pré-endodontique en résine composite ou CVI qui permet de restaurer une cavité à quatre parois et autorise la pose du champ opératoire. Après élimination de la pulpe camérale et rinçage à l'hypochlorite, on applique le LEDERMIX® précédemment cité et l'on referme de façon étanche à l'aide d'un CAVIT®. On planifie alors une deuxième séance lors de laquelle on procédera à la désinfection et à l'obturation endodontique.

• **Apexification chez un jeune patient.** Le matériau de choix est ici le MTA.

• **Infection périapicale aiguë (PAA).** La dent est laissée ouverte pendant deux jours pour assurer le drainage. Puis après irrigation à l'hypochlorite de sodium, qui peut être chauffé et activé pour parfaire la désinfection canalaire, on met en place de l'hydroxyde de calcium que l'on laisse au contact des parois canalaires afin d'atteindre un pH basique bactériostatique (environ 10,5). Le $Ca(OH)_2$ peut être mélangé à de la chlorhexidine pour ses propriétés bactéricides. Un IRM® ou un CAVIT® assure l'étanchéité coronaire.

• **Fin du traitement endodontique.** La protection du matériau d'obturation endodontique au niveau des entrées canalaires est assurée par un adhésif et une résine (composite fluide) de type COROSEAL®.

En conclusion, l'organe pulpaire, capable de se défendre et de se régénérer, reste la meilleure obturation canalaire : temporisons nos ardeurs d'activité en endodontie !

D'autre part, le fait de différer l'ancrage et le traitement prothétique après l'obturation endodontique induit un risque de recontamination bactérienne. L'approche la plus favorable semble la réalisation simultanée de l'obturation canalaire et de la reconstitution coronaire, associée ou non à un ancrage radiculaire en technique directe. ■

La restauration d'une paroi coronaire détruite par un matériau composite replace les limites de la restauration à un niveau supragingival.

Lors d'un traitement endodontique, l'idéal est d'étanchéifier par un matériau composite au niveau coronaire dans la séance (noter la fêlure mésio-distale sur 16). Ensuite, la restauration est finalisée.

Question/réponse

Quelle est la limite d'âge pour procéder à un coiffage pulpaire direct ?

Cette limite ne se détermine pas en termes d'âge civil, mais se rapporte davantage au degré de maturation de la dent et surtout à la somme des agressions qu'elle a subies au cours de son existence.

Par exemple, si la chambre pulpaire n'est pas calcifiée et que la dent n'a subi que la seule agression de la carie qui a exposé la pulpe, il sera possible de réaliser un coiffage pulpaire direct même à l'âge de 40 ans. Deux autres facteurs seront déterminants : la possibilité de poser un champ opératoire étanche, d'une part, et de réaliser une obturation étanche immédiatement après le coiffage, d'autre part. Ici, le protocole sera : nettoyage de la cavité, application de MTA sur l'exposition pulpaire, collage et fermeture immédiate de la cavité par un composite, voire un verre ionomère.

JEAN-CHRISTOPHE PARIS

Les temporaires : esquisse du traitement et socle de la réussite

Les grands axes à respecter pour assurer la réussite clinique et esthétique en prothèse fixée.

Situation clinique initiale. Une réhabilitation globale est planifiée.

Bridge temporaire de première génération. Une communication avec le laboratoire permet de préciser les éléments à modifier :
– couleur moins saturée, type 2M2 ;
– formes moins triangulaires, plus carrées ;
– plan esthétique plus linéaire (modifications apportées par le praticien et le patient).

La réussite esthétique dans la reconstruction du sourire repose pour beaucoup sur la réalisation de prothèses temporaires. Ces dernières permettent une meilleure maîtrise des éléments fondamentaux de ce type de traitement, à savoir : l'architecture du sourire, le choix de la couleur, le biomimétisme et le biotype gingival. Les temporaires ont pour objectifs d'assurer une protection pulpaire et tissulaire, de respecter le parodonte marginal et de constituer un facteur favorable à la cicatrisation tissulaire. En outre, elles doivent préfigurer les objectifs esthétique et fonctionnel, et rendre ainsi le confort au patient. Elles doivent favoriser la prise d'empreinte tout en assurant un bon accès à l'hygiène.
Il existe trois méthodes de réalisation des prothèses temporaires, détaillées ci-dessous.

TROIS MÉTHODES

• **La méthode directe** regroupe les techniques d'isomoulage, de la « *block technique* » et du moule (Ion® 3M Espe ou autre). Faciles et rapides à réaliser, elles sont cependant peu utilisées pour des reconstructions de grande étendue.
• **La méthode semi-directe** comprend l'utilisation d'une gouttière issue d'un *wax-up* où la chape en résine est confectionnée directement en bouche.
• Enfin, **la méthode indirecte** réunit les facettes issues de dents du commerce et les stratifications de composite. Outre une grande qualité esthétique, elles permettent d'inclure le travail du prothésiste de laboratoire dès le début du traitement.
Les matériaux de fabrication de ces temporaires sont tout d'abord les résines acryliques chémopolymérisables et photopolymérisables. Les premières sont simples d'utilisation mais présentent une exothermie de prise élevée. Les secondes sont intéressantes lors de la réalisation de provisoires en facettes.
Ensuite, il existe les résines composites chémopolymérisables et photopolymérisables. Elles sont utilisées essentiellement pour des restaurations de faible étendue. Pour améliorer le rendu esthétique, il existe des colorants pour sillons et des produits de maquillage.
Enfin, pour renforcer les reconstructions temporaires, des renforts à armature métallique ou en fibres de Kevlar® sont recommandés. Ces derniers sont particulièrement intéressants car ils assurent une très bonne liaison à la résine.
La réalisation des prothèses temporaires fixées est semblable, qu'il

L'essentiel de la journée sur la temporisation, 22 janvier 2009

s'agisse de reconstructions de grande étendue, de reconstructions sectorielles ou unitaires.

ÉTABLIR UN SCHÉMA ESTHÉTIQUE

Dans les situations les plus complexes, notamment pour les cas de reconstruction globale de l'arcade maxillaire, un schéma esthétique doit être établi. Lors de la première phase de traitement, un recueil exhaustif d'informations doit être fait. On réalise un montage sur articulateur, un statut radiologique et un bilan photographique qui sont indispensables pour l'ensemble des intervenants (praticien, patient, parodontiste, prothésiste). Ensuite, un guide esthétique est élaboré permettant de dégager la problématique.
Une fois ces renseignements collectés, un diagnostic et un plan de traitement sont établis. Une simulation informatique très légère est réalisée, et le projet esthétique peut être validé par le patient.

FABRICATION DU *WAX-UP*

Au terme de cette première phase non invasive, un *wax-up* esthétique et fonctionnel est fabriqué à partir duquel les temporaires de première génération vont être effectuées.
La deuxième phase de traitement débute par la mise en place, à l'aide d'une gouttière de repositionnement, des temporaires de première génération qui peut être suivie par un assainissement parodontal et endodontique. Les éventuelles modifications esthétiques et parodontales sont annotées sur des planches photographiques et transmises au prothésiste. Celui-ci réalise des masques qui préfigurent les objectifs esthétiques et parodontaux finaux. Ces masques sont clippés sur les temporaires de première génération. Une fois validés, ils vont guider le parodontiste dans sa chirurgie correctrice et, par la suite, le prothésiste dans la réalisation du second jeu de temporaires. Ces dernières sont réalisées peu de temps après la chirurgie parodontale afin d'en guider la cicatrisation. Au terme de la période de stabilisation, une dernière vérification esthétique et fonctionnelle est validée et les prothèses définitives élaborées.

COLLAGE DES MASQUES

La réalisation de facettes provisoires peut être facilitée par la méthode de récupération des masques. Ces derniers sont collés à la clé de repositionnement et un rebasage est effectué à l'aide d'une résine composite photopolymérisable. Les temporaires ainsi obtenues sont ensuite facilement collées. ■

Bridge temporaire de seconde génération élaboré au laboratoire après chirurgie parodontale. Fonction, forme, teinte et position dans l'espace s'approchent à 95 % de l'objectif final.

Bridge temporaire de seconde génération en place. Ce projet prothétique et esthétique doit être validé par le patient avant de finaliser le travail.

Question/réponse

■ L'utilisation d'un ciment de scellement provisoire avec eugénol ne risque-t-elle pas de compromettre le rebasage des couronnes temporaires ?

Les ciments de scellement sans eugénol ont l'inconvénient d'être moins rétentifs que ceux qui contiennent de l'eugénol.

D'autre part, pour ses effets sur la pulpe, l'eugénol est intéressant lors de la réalisation de couronnes sur dents vivantes. Il n'y a pas d'incompatibilité stricte de l'eugénol avec la polymérisation de la résine si on réalise un sablage au fauteuil de l'intrados de la couronne temporaire ainsi que de la dent préparée avant de rebaser.

XAVIER ASSEMAT-TESSANDIER

Mise en charge différée : mode d'emploi

Dans le domaine de la prothèse implanto-portée, la mise en charge différée reste un classique qui affiche un taux de succès élevé. La mise en charge immédiate doit être envisagée avec précaution.

22 doit être extraite. L'ancrage osseux apical permet la mise en place d'un implant de 13 mm de longueur.

Une dent temporaire est ici placée le jour de la mise en place de l'implant, mais les situations à faible risque sont rares. Noter l'absence de contact quels que soient les mouvements mandibulaires.

Dans les principes initiaux de l'implantologie décrits par Branemark, entre la mise en place d'implants dans un os cicatrisé et la stabilité obtenue après mise en charge et remodelage osseux, il s'écoule une durée d'environ 12 mois. La tendance actuelle est de vouloir faire correspondre la phase de mise en place de l'implant avec celle de sa mise en charge. Certaines situations cliniques bien sélectionnées permettent ce protocole. Par exemple, une implantation unitaire dans le secteur antérieur suivie d'une mise en charge immédiate par une dent provisoire sera possible, notamment en présence de diastèmes, car les moyens classiques de temporisation sont mal adaptés à cette situation. Cette mise en charge se fera par la sollicitation des muscles périphériques et de la langue sur une couronne provisoire à vocation esthétique réalisée en inocclusion.

95 % DE RÉSULTATS POSITIFS

Pour autant, les études menées sur de nombreux cas d'extraction-implantation-mise en charge immédiate montrent que le taux de succès de cette technique est de l'ordre de 75 %. Les protocoles avec mise en charge différée ont, quant à eux, des taux de succès d'environ 95 %. Cette différence est très significative sur le plan clinique.

La phase de temporisation intervient dans la plupart des cas. Elle commence à la date de l'édentement du patient, c'est-à-dire, bien souvent, avant la mise en place du ou des implants. Dans l'exercice quotidien, la temporisation se fait la plupart du temps au moyen d'une prothèse amovible. Ce type de prothèse est d'un coût matériel certes faible, mais il est particulièrement chronophage au fauteuil car il nécessite des vérifications régulières pendant la phase d'ostéo-intégration.

DIFFÉRER DE 10 JOURS LA POSE DE LA PROTHÈSE PROVISOIRE

Cette prothèse amovible provisoire doit être la moins nocive possible. Pour cela il faudra l'évider très largement après mise en place des implants. En raison de la présence des sutures, la modification de l'intrados de la prothèse est compliquée le jour de la chirurgie. Le conférencier préconise donc qu'aucune prothèse ne soit portée pendant huit à dix jours après l'intervention.

L'essentiel de la journée sur la temporisation, 22 janvier 2009

Ensuite, l'intrados de la prothèse est évidé, et les zones de pression mises en évidence à l'aide d'un élastomère fluide.
Lorsque la prothèse n'interfère plus avec la zone cicatricielle, on effectue un rebasage avec une résine à prise retardée de type Visco-Gel® (Dentsply). Les excès et invaginations de matériaux sont supprimés aux ciseaux ou à la spatule à cire chauffée (les instruments rotatifs sont inadaptés). Des contrôles sont effectués à un et trois jours, puis de manière hebdomadaire pendant un mois. Enfin, le Visco-Gel® est remplacé par une résine molle avec une technique de mise en moufle.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES PROTHÈSES FIXES

La temporisation peut également se réaliser à l'aide de prothèses fixes : le coût prothétique est supérieur, mais le temps au fauteuil diminué. Les modes sont variés :

- Les bridges collés, qui présentent l'inconvénient de devoir être décollés au cours des différentes étapes chirurgicales et prothétiques. Pour cette raison, la réalisation d'intermédiaires scellés amovibles peut s'avérer plus adaptée ;
- Les bridges scellés classiques ;
- Les bridges mixtes avec un appui par collage sur une dent naturelle qu'il ne faut pas préparer (ailette ou glissière collée) et un appui sur une dent préparée classiquement ;
- Les bridges provisoires maintenus par des *brackets* orthodontiques linguaux (*bracket* à verrou Speed®, par exemple). Un fil de section carrée porte les intermédiaires du bridge provisoire.

Ces prothèses provisoires ne doivent absolument pas interférer avec le protocole chirurgical de mise en place des implants.

INDICATIONS DE LA TEMPORISATION SANS PROTHÈSE

Enfin il est nécessaire de préciser que la temporisation qui interfère le moins avec les implants, et qui reste le moins chronophage, est la temporisation sans aucune prothèse. Cette option n'est certes pas toujours possible pour des raisons esthétiques ou fonctionnelles, mais elle reste à privilégier chez des patients dont les dents sont absentes depuis longtemps ou pour le remplacement des prémolaires et molaires mandibulaires. ■

Prothèse amovible temporaire placée sur des implants enfouis. L'utilisation de Visco-Gel® dans l'intrados prothétique permet de limiter les contraintes sur les implants sous-jacents.

La conservation de racines munies d'attachements augmente la sustentation d'une prothèse complète temporaire. Le risque de sollicitation des implants sous-jacents est plus faible.

Un bridge maintenu par des attachements orthodontiques linguaux est une solution fixe confortable pour le patient et le praticien.

Question/réponse

Vous préconisez, autant que faire se peut, de ne pas placer de prothèse temporaire durant le temps de l'ostéo-intégration. N'existe-t-il pas un risque d'égression des dents antagonistes ?

En théorie, oui. En pratique, on constate que cette égression est si peu significative qu'elle est tolérable. En effet, les concepts actuels en implantologie ont tendance à réduire la période durant laquelle l'implant reste non restauré. Sauf situation clinique particulière, cette durée est de l'ordre de deux à trois mois, ce qui est trop court pour risquer une égression significative.

MICHEL POMPIGNOLI

Un traitement à part entière en prothèse amovible

La temporisation constitue un traitement à part entière en prothèse amovible avec trois types de prothèses aux indications différentes.

Classe 3 mandibulaire induite par une absence de calage postérieur.

Prothèse de transition destinée à rétablir une DVO compatible avec un RIM en bout à bout occlusal tout en assurant une sustentation de la base mandibulaire. Extraction des dernières dents mandibulaires, prothèse complète mandibulaire.

Le traitement à 10 ans.

La mise en place d'une temporisation en prothèse amovible doit se considérer comme un traitement à part entière et faisant partie de la prise en charge globale du patient. Lors d'une réalisation par prothèse amovible complète, l'obtention d'une sustentation optimale et d'une occlusion performante est primordiale. Pour y parvenir, le praticien peut compter sur trois types de prothèses aux fonctions très différentes.

LES FONCTIONS DES PROTHÈSES DE TRANSITION

La prothèse provisoire n'a pas de fonctions thérapeutiques, excepté les réponses à des situations d'urgence (remplacement extemporané sur une prothèse d'usage d'une dent extraite), et les demandes du patient restent essentiellement esthétiques. Si cette prothèse est conservée trop longtemps, elle devient très souvent iatrogène avec des conséquences parfois irréversibles pour les tissus.

La prothèse de transition, en revanche, aura pour objectif de conserver, d'établir ou de rétablir les facteurs biologiques, fonctionnels et esthétiques jusqu'à la réalisation et la pose de la prothèse d'usage. Son utilisation peut s'étaler sur plusieurs mois. Lorsque cela est possible, l'ancienne prothèse d'usage peut être progressivement modifiée.

COMMENT OBTENIR UNE BONNE SUSTENTATION

L'intervention sur le rapport intermaxillaire aura pour but de rétablir une symétrie centrée (plan frontal), très souvent une relation centrée (plan horizontal) et une bonne dimension verticale d'occlusion (DVO). La DVO se définit à partir de la dimension verticale de repos (DVR) diminuée de 1 mm à 3 mm, qui correspondent à l'espace libre d'inocclusion. Son augmentation peut se faire d'emblée ou progressivement, par paliers, en fonction de l'âge du patient, de l'amplitude de la modification, de l'ancienneté de la prothèse d'usage existante et, surtout, de la capacité d'adaptation du patient. Le recul mandibulaire consécutif à l'augmentation de la DVO se poursuit parfois même après la réalisation de la prothèse d'usage. Bien entendu, la valeur des dents qui constituent l'arcade antagoniste est à prendre en compte pour répondre à l'impératif de stabilisation de la prothèse opposée.

Une bonne sustentation sera obtenue soit par simple rebasage (simple ajout de matériau, souvent au fauteuil, dans l'intrados de la prothèse), soit par réfection totale de la base

L'essentiel de la journée sur la temporisation, 22 janvier 2009

(on ne conserve que les dents de la prothèse et leur position en occlusion). Quantitativement, il est possible d'augmenter la surface d'appui de la prothèse de transition à condition de ne pas entraver l'enveloppe des mouvements fonctionnels.

LES RÉSINES À UTILISER

Qualitativement, une mise en condition tissulaire peut être réalisée en utilisant une résine souple à prise retardée (type Hydrocast®, Fitt® de Kerr ou Visco-Gel® de Dentsply) dont le maintien en bouche doit être limité à quelques jours. Durant cette période, il est conseillé de tremper régulièrement la prothèse dans un bain de bouche contenant de la chlorhexidine. Pour une durée supérieure, il est recommandé de renouveler la résine ou d'utiliser une résine plus dure et moins poreuse. Certains cas, comme la correction chirurgicale de crêtes flottantes (indiquée lorsque celle-ci représente une surface supérieure au tiers de la surface totale), imposent une période de cicatrisation plus longue pendant laquelle une résine plutôt dure (type Reline® de GC) est plus indiquée car mieux tolérée. L'utilisation d'une résine dure au maxillaire comme rebasage peut induire une compression trop grande du raphé médian.

VALIDATION DE L'OCCLUSION

Lors de la séance de réfection de base, il est important de commencer par enregistrer et parfaitement bloquer l'occlusion afin d'éviter un proglissement mandibulaire lors de l'empreinte. Le surfaçage est effectué à l'aide d'un matériau très fluide.

La technique de la prothèse immédiate permet le maintien des paramètres esthétiques, physiologiques et fonctionnels pendant la cicatrisation. Elle réclame leur maîtrise totale durant toutes les étapes de son élaboration. Le marginage des bords de l'empreinte secondaire s'effectue de préférence avec un matériau souple (type Permadyne® Espe, orange puis bleu) pour passer les contre-dépouilles des remparts alvéolaires dentés antérieurs. L'occlusion est enregistrée et validée par un montage esthétique (partiel) et fonctionnel. Enfin, un double transparent de la prothèse pourra être utilisé comme guide radiologique puis chirurgical si des implants sont planifiés. ■

Vue occlusale d'une prothèse provisoire d'urgence. L'adjonction des dents extemporanément aux extractions au fauteuil n'assure plus ni la sustentation ni le RIM.

Vue de l'intrados soulignant l'effet iatrogène de la prothèse en place.

Question/réponse

■ La prise d'empreinte pour une réfection de base – improprement nommée rebasage – se réalise-t-elle en occlusion ?

Oui, mais avec certaines précautions. En effet, lors de la fermeture pendant la prise d'empreinte, il existe un risque de proglissement de la prothèse car on ne contrôle plus la position stricte des bases. Il est donc préférable de réaliser au préalable une indexation (enregistrement) du bon rapport intermaxillaire à l'aide de pâte de Kerr sur les faces occlusales. Ensuite, on peut appliquer le matériau à empreinte, mettre en place la prothèse et demander de fermer, les bons rapports d'occlusion étant vérifiés grâce à la clé d'indexation.

« PASSIONNANT ET STIMULANT »

Roland Taquet,
57 ans, omnipraticien à Sedan (08)

« On ne revient jamais bredouille de la SOP même si, parfois, certaines astuces peuvent être difficiles à appliquer en omnipratique. Lors de cette formation, il était très intéressant de voir que différentes approches en implantologie coexistent. Intellectuellement, c'est passionnant et très stimulant pour le chirurgien-dentiste.
Devant une discipline comme celle-ci, qui évolue et va continuer d'évoluer, je crois qu'il faut continuer à se former, même si tout ce que l'on découvre ne trouve pas une application directe au cabinet. »

« CONCRET, PRÉCIS, PRATIQUE »

Benoît Griffet,
28 ans, omnipraticien à Seignosse (40)

« Je me forme à la SOP depuis que je suis diplômé. J'apprécie cet aspect concret, précis et pratique. Dans mon exercice, je suis prudent. Cette journée m'a conforté tout en m'apportant des recettes, comme la temporisation à l'aide d'hydroxyde de calcium en fond de cavité que l'on recouvre d'une goutte de résine ou l'utilisation de bridge collé s'agissant de la temporisation implantaire. Ce sont des gestes que j'ai vu réaliser par des praticiens expérimentés et consciencieux et que je vais pouvoir reproduire à mon cabinet. »

« UNE DYNAMIQUE D'APPRENTISSAGE »

Claire Piombini,
27 ans, omnipraticienne à Pont-à-Mousson (54)

« J'ai été surprise par l'approche pluridisciplinaire de cette formation qui portait aussi sur les urgences dentaires et les soins. Cela a consolidé mes acquis. J'ai aussi appris quelques astuces comme l'utilisation des fibres de Kevlar pour consolider les bridges provisoires ou encore le décollement d'un bridge à ailettes grâce à l'utilisation d'une cupule à polir les amalgames pour chauffer les ailettes. Impressionnant ! Je suis sortie de cette formation très motivée, cela fait du bien de se replonger dans une dynamique d'apprentissage. Je reviendrai. »

« DES ASTUCES APPLICABLES »

Hélène Martin,
28 ans, omnipraticienne à Thionville (57)

« C'était l'une de mes premières journées de formation continue. Il est intéressant de voir une application concrète des choses apprises en formation initiale. D'autant que ce type de journée colle davantage à la réalité clinique du cabinet. Je retiens des astuces basiques, mais que je peux appliquer dans ma pratique comme, en prothèse conjointe, l'utilisation de la microsableuse afin de rebaser les provisoires et les intrados d'inlays-cores, le recours à des techniques de coiffage pour la protection de la vitalité pulpaire ou encore le réglage des provisoires après une mise en place d'implants. »

ANNUAIREDENTAIRE.COM

Votre moteur de recherche !

Une nouvelle interface plus intuitive pour trouver en 2 clics un chirurgien-dentiste, un laboratoire de prothèse dentaire ou encore un produit !

Une question ? Plus d'info ? contacter Marie au 01 64 76 64 90

Le sevrage tabagique : implication du chirurgien-dentiste

FORMATION DE LA FSSOSIF

18 NOVEMBRE 2009
À 19 H 30

16e SOIRÉE SCIENTIFIQUE COMMUNE DE LA FSSOSIF

SOP (Société odontologique de Paris)
CEOSHS (Cercle d'études odonto-stomatologiques des Hauts-de-Seine)
COSS (Cercle odonto-stomatologique de formation postuniversitaire de la Seine-Saint-Denis)
CEOVDM (Cercle d'études odontologiques du Val-de-Marne)
COVAL (Cercle odonto-stomatologique et de formation postuniversitaire du Val-d'Oise)

19 h 30 : accueil et buffet dînatoire
20 h 15 : conférence

ESPACE SAINT-MARTIN
199 *bis*, rue Saint-Martin – 75003 Paris
Parkings accessibles :
GTM Saint-Martin – 252, rue Saint-Martin
Beaubourg – 31, rue Beaubourg

Outre leurs effets délétères bien connus sur de nombreux organes (cancers, maladies cardio-vasculaires, broncho-pneumopathies...), les produits de la combustion du tabac sont à l'origine de nombreuses maladies de la sphère buccale. Le chirurgien-dentiste, quelle que soit sa pratique, est confronté, plus souvent qu'il ne le pense, aux effets néfastes du tabac. La maladie parodontale, des complications postopératoires, des échecs implantaires, l'halitose, l'hyposialie... trouvent souvent leurs étiologies dans le tabac. Mais plus encore, le tabac induit des lésions des muqueuses buccales qui sont potentiellement à risque de transformation maligne dans au moins 40 % des cas. Lésions dont il est capital de connaître les signes cliniques d'alerte. Le tabac, sous toutes ses formes, est en effet responsable, à hauteur d'au moins 80 %, des cancers de la cavité buccale.
Médicale à part entière, notre profession doit prendre en charge le risque tabagique. Cette prise en charge relève, aussi, de la responsabilité du praticien concernant la gestion de certains de ses traitements bucco-dentaires. Par conséquent, la participation au sevrage tabagique doit désormais faire partie intégrante de la pratique odonto-stomatologique. Mise en évidence des effets délétères du tabac et sevrage tabagique doivent être de notre compétence. Il s'agit d'un enjeu de santé publique auquel nous devrions, dès maintenant, répondre.

Dr Didier Gauzeran
Odontologiste honoraire des Hôpitaux de Paris – PH
Chargé de cours à l'université Paris V en médecine et cancérologie buccales
Expert auprès de l'Institut national du cancer

20 POINTS de FCO

Le mercredi 18 novembre 2009, participez à la 16e soirée de la FSSOSIF et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

BULLETIN D'INSCRIPTION

LE SEVRAGE TABAGIQUE : IMPLICATION DU CHIRURGIEN-DENTISTE
ESPACE SAINT MARTIN – 199 *BIS*, RUE SAINT-MARTIN – 75003 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement * à la FSSOSIF :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris – Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

*** Tarifs :**
Inscription membres SOP et FSSOSIF : 55 € ; autres : 90 €.

JSOP0609

MACSF

Tickets CESU

DESCRIPTIF

Des services à la personne fiscalement attractifs.

TICKET CESU MACSF vous donne accès à des services à la personne à moindre coût : garde d'enfants, soutien scolaire, tâches ménagères, assistance informatique... Que vous exerciez votre activité à titre individuel ou sous forme de société, ce dispositif vous est ouvert ainsi qu'à vos salariés.
Le Ticket CESU est surtout un outil innovant doté d'une fiscalité attractive : le montant de l'aide financée par l'employeur est net de charges sociales et net d'impôt sur le revenu (jusqu'à 1 830 € par an et par bénéficiaire, selon la législation en vigueur). Ticket CESU MACSF constitue un dispositf social innovant pour motiver et fidéliser vos collaborateurs.
Si vous employez au moins un salarié à titre professionnel et que les règles d'attribution sont les mêmes pour tous, vous pouvez également faire bénéficiez des Tickets CESU à vos salariés.

LES PLUS PRODUIT

- **Une fiscalité avantageuse**
- **Un outil de motivation des collaborateurs**

Pour en savoir plus : connectez-vous sur macsf.fr ou contactez nos conseillers spécialisés au 0820 160 106 (0.12 € TTC la minute depuis un poste fixe).

DENTSPLY

PathFile™

DESCRIPTIF

Une alternative au cathétérisme manuel : les limes de cathétérisme rotatives en nickel titane PathFile™.

CES INSTRUMENTS, plus flexibles que des limes manuelles, offrent un meilleur maintien de l'anatomie originelle du canal = pas de transport du foramen apical ni de création de butée. Ils deviendront ainsi vos alliés indispensables dans le cas de canaux courbes ou calcifiés.

DENTSPLY France
ZA du Pas-du-Lac
4, rue Michael-Faraday
78180 MONTIGNY-LE-BRETONNEUX
Tél. : 01 30 14 77 77

LES PLUS PRODUIT

- **Flexibilité extrême = idéal dans les canaux courbes**
- **Résistance à la fatigue cyclique = résultats optimaux dans le cas de canaux calcifiés**
- **Disponible en 3 longueurs (21,25 et 31 mm) et en 3 diamètres (13, 16 et 19) pour convenir à l'ensemble des cas cliniques.**

BISICO FRANCE

Enamel Plus HRI

DESCRIPTIF

Composite esthétique de restauration.

NOUVELLE VERSION du composite micro-hybride esthétique de restauration Enamel Plus HFO, Enamel Plus HRI se distingue de son prédécesseur par un parfait indice de réfraction des masses émail, similaire à celui de l'émail naturel.
Cette particularité unique permet au matériau de reproduire avec exactitude la couleur des dents naturelles en plaçant le matériau sur des épaisseurs identiques à celles de l'émail naturel. Les techniques de stratification sont ainsi grandement facilitées et optimisées. Enamel Plus HRI existe en 7 teintes dentine fluorescentes et 3 teintes émail universelles. Des teintes opalescentes et des teintes intensives viennent donner à ce système toutes les possibilités d'imitation et de reproduction de l'aspect naturel des dents.

BISICO FRANCE
L'Opéra – BP 60
13680 LANÇON-DE-PROVENCE
Tél. : 04 90 42 92 92

LES PLUS PRODUIT

- **Même indice de réfraction que l'émail naturel**
- **Simplicité de la technique**
- **Résultats exceptionnels**

ITENA

ProviTemp et DentoTemp

DESCRIPTIF

Ciments de scellement provisoire de couronnes et bridges.

LE LABORATOIRE français ITENA est le premier laboratoire à proposer une gamme complète de ciments de scellement provisoire avec des niveaux de rétention différents. ProviTemp est un ciment de scellement provisoire de couronnes et de bridges offrant une rétention classique de quelques jours à quelques semaines, lorsque DentoTemp est idéal pour la longue durée, de 2 mois à 2 ans.
Tous deux sont à base de résine et sont donc particulièrement indiqués avant tous les scellements adhésifs.
Ils sont aussi sans eugénol, il n'y aura donc aucune interférence avec les ciments définitifs. Grâce à une phase plastique, les excès sont très faciles à éliminer.
Le retrait de l'élément provisoire se fait aisément et laisse une gencive parfaitement saine. Ainsi DentoTemp se lie à l'intrados et, lors de la dépose, la totalité du ciment est emmené avec l'élément provisoire, laissant la dent préparée bien propre.
Ces ciments s'utilisent sur dent vivante sans aucun souci.
De par ses caractéristiques, le DentoTemp sera de plus idéal pour le scellement définitif des couronnes et bridges implanto-portés. Il a obtenu la note de 4,5 auprès de l'organisme de notation mondialement connu Dental Advisor.
Recevez un échantillon gratuit de ProviTemp ou DentoTemp en appelant le 01 45 91 61 40

LES PLUS PRODUIT

- Choix entre ProviTemp pour une rétention classique et DentoTemp pour une rétention longue durée
- Sans eugénol
- À base de résine
- Retrait facile
- Laisse une gencive parfaitement saine

ITENA
153, avenue Victor-Hugo
75116 PARIS
Tél. : 01 45 91 30 06

ELSODENT

Must Flow

DESCRIPTIF

Composite fluide nanohybride, un produit innovant, extrêmement biocompatible.

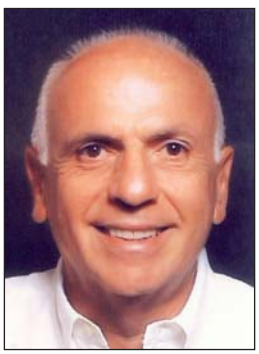
TRÈS FORTEMENT CHARGÉ, ≈ 70 %-80 %, MUST FLOW possède une thixotropie idéale : il reste en place là ou il est appliqué mais s'étale à la moindre sollicitation. Le complément idéal du composite universel MUST, pour la technique *« bond to flow »*.
MUST FLOW est un composite fluide à base de Bis GMA modifiée ayant la rétraction volumétrique la plus basse dans sa catégorie. Il ne contient pas de TEGDMA ni de bisphénol A, connus pour être des produits très cytotoxiques.
La résine Bis GMA modifiée utilisée permet d'obtenir une biocompatibilité supérieure à celle d'une résine Bis GMA classique. Cette résine rend aussi MUST FLOW hydrophobe : pas d'imprégnation hydrique ou d'absorption de pigments et conservation des bords marginaux des restaurations intactes.
MUST FLOW contient un mélange de charges nanométriques et micro-hybrides dont les plus grosses ne dépassent pas 0,8 µm de diamètre. La polissabilité est donc excellente.
Références & présentation :
Kit de 2 seringues de 1,8 g, teintes VITA A2, A3 et A3,5.

LES PLUS PRODUIT

- Rétraction *a minima*
- Biocompatibilité
- Stabilité des teintes
- Excellente polissabilité
- Mimétisme important

ELSODENT
35, avenue du Gros-Chêne
BP 50072 – Éragny-sur-Oise
95612 CERGY-PONTOISE CEDEX
Tél. : 01 30 37 75 75

La crise… de nerfs



André Krief est rédacteur en chef de *L'Actualité dentaire, « 1er journal dentaire en ligne »* : www.lactudentaire.com

Les pronostics relatifs à la sortie de crise vont bon train, les plus optimistes la situant vers les années 2011, 2012, les plus pessimistes émettant l'hypothèse qu'en 2015 on commencerait, peut-être, à voir le bout du tunnel. La seule certitude est, tous pronostiqueurs confondus, que cette crise va remettre de l'ordre dans le système économique capitaliste mondial qui ressortira assaini.

De même, les banques et offices de crédits ayant fait publiquement leur (gentil) *mea culpa* ne joueraient plus avec nos deniers après avoir bénéficié des largesses de l'État qui, sans nous demander notre avis, a distribué les milliards qu'il n'avait et n'a toujours pas. Il faudra donc pour en terminer avec ce « *cauchemar économico-financier* », laisser du temps au temps, revoir notre mode de vie et repenser notre vision de l'économie virtuelle dont tous les économistes, Jacques Attali en tête, nous avaient, il y a encore peu de temps, vanté les immenses mérites. Dommage, nous qui avions pris ce fameux « *train de la mondialisation* », sans qu'on nous dise véritablement là où il devait nous conduire, sommes à présent débarqués sans ménagement sur le quai d'une gare réelle, nommée « *Réveillez-Vous, Fini de Rêver* » !

Triste lieu que cet endroit où s'entassent par millions des voyageurs à qui l'on annonce qu'ils devront patienter durant des années avant de pouvoir à nouveau emprunter un hypothétique moyen de transport qui les conduira, non plus vers une destination choisie, mais directement au Boulevard des Allongés, plus connu sous le nom de « cimetière ».

Cette destination finale sera d'autant plus rapprochée qu'elle sera le résultat d'un système de santé déficient basé sur une médecine au rabais génératrice certes d'économies de toutes natures, mais surtout de « *Morts sur ordonnance* ».

La énième réforme de notre système de santé, qui faisait l'admiration de la planète tout entière au point que notre « *Bernard national* », actuellement locataire du Quai d'Orsay, le vende « *clés en mains* » à des pays africains en voie de développement, va accoucher d'un bébé qui devra implorer, autant que faire se peut, Jésus-Christ, Moïse, Mahomet ou encore le dalaï-lama pour espérer pouvoir survivre au sein d'un monde hostile en proie à des erreurs médicales, à une recherche bridée et à des économies tous azimuts, toutes annonciatrices de morts annoncées.

Le gouvernement actuel, à l'instar de ses prédécesseurs nous démontre, chiffres à l'appui, que nous avons tendance à vouloir vivre trop longtemps et qu'il faudrait désormais songer à se faire prescrire des soins « *plus économiques* » pour préserver notre sécurité dite sociale au détriment de notre propre sécurité sanitaire : ainsi se ferait-on soigner uniquement une dent par an (et par personne), ainsi devrions-nous faire en sorte d'éviter de contracter toute sorte de pathologie onéreuse, ainsi devrions-nous tout faire pour tenter de passer à travers les mailles de tous les filets tendus par les bactéries, virus et microbes de toute nature.

Pour cela, et en contrepartie de notre bonne vigilance, l'État providence qui n'hésite pas à allouer des gardes du corps à la « pseudo-personnalité » qui n'en fait pas la demande (le garde du corps consenti à Ingrid Betancourt, qui semble avoir passé six ans au Club Med FARC en Colombie nous a déjà coûté 80 000 euros) daignera s'occuper de notre corps… en accélérant sa disparition.

En effet, on réduit le nombre d'hôpitaux peu rentables financièrement, on diminue les postes d'infirmières, on espace le nombre d'examens de dépistage et on pourvoit aux postes vacants dans les CHU en faisant appel à des médecins étrangers possédant des diplômes dont le niveau leur permet d'exercer en milieu hospitalier, mais leur interdisant une activité libérale en ville (*dixit* le Pr Bernard Debré)… Cherchez l'erreur !

À ce jeu on ne peut plus dangereux, pratiqué par un ministère de la Santé dont les facultés laissent à désirer (au propre comme au figuré), et qui nous impose des règles d'exercice de plus en plus draconiennes et onéreuses, il faut opposer une ferme résistance en ne cessant de dénoncer une hypocrisie de tous les instants, qui consiste à faire croire à l'opinion que, pour vivre plus longtemps, il suffit de manger cinq fruits et cinq légumes par jour, de ne pas fumer, d'éviter les ondes émises par les téléphones portables, de « *sortir couverts* » et de travailler plus… quitte à subir une crise autant qu'elle épargne nos… nerfs pour éviter d'atterrir dans un quelconque service hospitalier de psychiatrie… les pires paraît-il où l'on délivre véritablement la « *mort sur ordonnance* » !

Nous sortirons un jour de la crise, mais ce qui m'inquiète par-dessus tout est que nos dirigeants, eux, ne sortiront jamais de leurs bulles faites d'ambitions personnelles et de mensonges… Simple question d'entraînement ! ●

André Krief

« *Au jeu dangereux de notre ministère, il faut opposer une ferme résistance en ne cessant de dénoncer une hypocrisie de tous les instants !* »

En 2009, devenez membre de la SOP pour 90 €

6 raisons d'adhérer à la SOP :

- Recevez en **cadeau** une **clé USB** de **1 Go**
  à retirer lors d'une journée SOP en 2009
- **Une remise de 60 €** pour chaque journée de formation de la SOP *
- **Pack 3 formations** à **740 €** : économisez jusqu'à 220 €
- **Des promotions exclusives** de nos partenaires
- **L'abonnement** à la Revue d'odonto-stomatologie (trimestriel scientifique bilingue)
- **Un service d'assistance téléphonique**

* Une remise est également appliquée aux formations des associations membres de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF).

Bulletin d'adhésion 2009

À retourner dûment complété et accompagné de votre chèque libellé à l'ordre de la SOP à : SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris ou

PAIEMENT EN LIGNE www.sop.asso.fr
Société Odontologique de Paris LE KIOSQUE

Internet : www.sop.asso.fr – E-mail : secretariat@sop.asso.fr
Renseignements : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
Ville : ..... • **Code Postal :** .....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

❑ Cotisation 2009 : 90 €
❑ Pack 3 journées 2009 : 740 € *(non remboursable)* Juin – Octobre (TP) – Octobre

On peut être
professionnel de la santé
et amateur de
privilèges exclusifs.

La carte bancaire

Gold
MasterCard MACSF
vous assure pour 5 € / mois :

- L'accès aux avantages du Club Gold MACSF
- Jusqu'à 15% de cash back sur plus de 300 sites partenaires
- Une gamme étendue de garanties d'assurance et d'assistance

www.macsf.fr
☎ 3233* ou 01 71 14 32 33

*Prix d'un appel local depuis un poste fixe. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé

M.A.C.S.F.
Notre vocation, c'est vous

Gold 200x267 - 04/2009 - Crédit photos : Studio PAO

La carte Gold MASTERCARD MACSF est adossée à un crédit reconstituable d'un an renouvelable au TEG révisable de 15,25% (hors cotisation carte de 60 € par an). Mensualités à partir de 3% des sommes dues avec un minimum de 10 €. La Carte GoldMasterCard MACSF est émise et gérée sous réserve d'acceptation par Banque Accord SA au capital de 28 594 640 € - RCS Roubaix-Tourcoing 546 380 197. Correspondance : BP 6 - 59895 Lille Cedex 9. Siège social : 40 avenue de Flandre - 59170 Croix. Le coût total du crédit dépend de la durée et du montant emprunté. Exemple : pour une première utilisation unique de 400 € le 01/01/2009 à un TEG de 15,25%, vous remboursez 14 mensualités à 30 € et une mensualité à 18,54 €. Coût de l'utilisation : 38,54 € - Montants hors assurance facultative. Conditions au 01/01/2009 susceptibles de variation. Vous disposez d'un délai de rétractation de 14 jours pour renoncer à votre crédit. MACSF assurances - SAM -Entreprise régie par le code des assurances - SIREN N° 775 665 631 - MACSF financement - Société Financière - SA à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 8 800 000 € - RCS Nanterre 343 973 822 - Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 La Défense Cedex - Siège social : Cours du Triangle - 10 rue de Valmy - 92800 Puteaux- Pour toute réclamation, contactez le 03 59 30 60 41. * Cash back = Argent reversé